

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia  
Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Susana Milagros Huamán Retamozo

Lima-Perú

2018

### **Dedicatoria**

A mis abuelitos, los ángeles que me cuidaron como su más preciado tesoro, a mis padres mi eterna gratitud, a mi esposo por su aliento y apoyo incondicional, a mis hijos, por los momentos que dejé de estar con ellos para lograr mis objetivos personales.

### **Agradecimiento**

A Dios, por su infinito amor y permitir culminar cada uno de mis sueños.

A todos aquéllos que han contribuido en mi formación profesional, a los docentes, asesores de la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A todas aquellas personas que gentilmente me apoyaron en este estudio.

A los adultos mayores que con su ternura y sus enseñanzas, me han permitido aprender de sus vidas.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según Directiva N° 003- FPS y TS-2016 Expongo ante ustedes mi investigación titulado “Perfil cognitivo de los adultos mayores de un Programa Social en la Iglesia Bíblica Emmanuel del distrito de San Isidro – 2018”, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA para obtener el título profesional de licenciatura.

Por lo cual espero que este trabajo de investigación sea correctamente evaluado y aprobado.

Atentamente,

Susana Milagros Huamán Retamozo

## Indice

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
PRESENTACIÓN	IV
INDICE	V
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XIV
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	18
1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO	18
1.3. OBJETIVOS	19
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	20
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES	21
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	21
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	25
2.2. BASES TEÓRICA	28
2.2.1 NOCIONES GENERALES	28
2.3. MODELOS TEÓRICOS	29
2.3.1. ENVEJECIMIENTO NORMAL	29

2.3.2. ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO: DETERIORO COGNITIVO LEVE	32
2.3.3. DEMENCIA	36
2.3.4. GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO	39
2.3.5. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL	41
2.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	47
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	49
3.1 DISEÑO, TIPO UTILIZADO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	49
3.1.1. DISEÑO NO EXPERIMENTAL TRANSVERSAL	49
3.1.2. NIVEL BÁSICA, PURA O FUNDAMENTAL	49
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
3.2.1. POBLACIÓN	50
3.2.2 MUESTRA	50
3.3 IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLE Y SU OPERALIZACIÓN	51
3.3.1 PERFIL COGNITIVO	51
3.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	52
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.4.1. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	54
CAPITULO IV PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	59
4.1 PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS	59
4.2 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	59
4.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
CAPITULO V. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	82
5.1 DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	82
5.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	82
5.2.1. VENTAJAS Y UTILIDAD:	83

5.3 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS	84
5.4 SECTOR AL QUE SE DIRIGE:	84
5.5 ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS PROBLEMAS / CONDUCTAS METAS	85
5.6 METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	85
5.7 INSTRUMENTOS/ MATERIALES A UTILIZAR	86
5.8 ACTIVIDADES POR SESIÓN	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	106

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA	107
ANEXO N° 2 CARTA DE PRESENTACIÓN A LA INSTITUCIÓN CRISTIANA	109
ANEXO N° 3 INSTRUMENTO ADAPTADO POR CUSTODIO (2008)	110
ANEXO N° 4 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	113
ANEXO N° 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO	114
ANEXO N° 6 VALORES DE INTERPRETACIÓN	114
ANEXO N° 7 EJERCICIOS DE ATENCIÓN FOCALIZADA	117
ANEXO N° 8 EJERCICIOS DE ATENCIÓN Y MEMORIA A LARGO PLAZO	118
ANEXO N° 9 EJERCICIOS DE ATENCIÓN	119
ANEXO N° 10 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE ESTEVES. MADRID, ESPAÑA.	120
ANEXO N° 11 EJERCICIO DE CÁLCULO Y MEMORIA	121
ANEXO N° 12 VISOCONSTRUCCIÓN	122
ANEXO N° 13 ATENCIÓN SELECTIVA	123
ANEXO N° 14 EJERCICIO DE PERCEPCIÓN Y MEMORIA VISUAL	124
ANEXO N° 15 EJERCICIO DE ATENCIÓN Y MEMORIA A CORTO PLAZO	125
ANEXO N° 16 EJERCICIOS DE LENGUAJE	126
ANEXO N° 17 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA	127
ANEXO N° 18 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA	128
ANEXO N° 19 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA	129
ANEXO N° 20 EJERCICIOS PRÁCTICOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA	130
ANEXO N° 21 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA	131
ANEXO N° 22 EJERCICIO DE LENGUAJE - DENOMINACIÓN	132
ANEXO N° 23 EJERCICIO DE LENGUAJE Y EVOCACIÓN CATEGORIAL	133
ANEXO N° 24 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA	134
ANEXO N° 25 EJERCICIO DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	135
ANEXO N° 26 EJERCICIO DE CÁLCULO	136



ANEXO N° 27 CUADERNOS DE EJERCICIOS ESTIMULACIÓN COGNITIVA	137
ANEXO N° 28 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN	138
ANEXO N° 29 ACTA DE ORIGINILIDAD	139
ANEXO N° 30 TURNITIN	140
ANEXO N° 31 PLAGIARISM PORCENTAJE	141

## **Índice De Tablas**

Tabla 1 Distribución de la muestra de adultos mayores	51
Tabla 2 Determinar el perfil cognitivo en los adultos mayores de la Iglesia Bíblica Emmanuel – San Isidro -I 2018	52
Tabla 3 Rendimiento del MMSE en adultos mayores con demencia en Lima	58
Tabla 4 Distribución de datos según la variable perfil cognitivo	59
Tabla 5 Distribución de datos según la dimensión orientación	60
Tabla 6 Distribución de datos según la dimensión registro	61
Tabla 7 Distribución de datos según la dimensión atención y cálculo.	62
Tabla 8 Distribución de datos según la dimensión evocación	63
Tabla 9 Distribución de datos según la dimensión lenguaje.	64
Tabla 10 Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo a la edad	65
Tabla 11 Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo al sexo	66
Tabla 12 Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo al grado de instrucción	67
Tabla 13 Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo al estado civil	68
Tabla 14 Valoración del Perfil cognitivo	115
Tabla 15 Valoración de la Orientación	115
Tabla 16 Valoración del Registro	115
Tabla 17 Valoración Atención y cálculo	116
Tabla 18 Valoración de la Evocación	116
Tabla 19 Valoración del Lenguaje	116

## **Índice De Figuras**

Figura 1. Envejecimiento normal, con deterioro congñitivo leve y con demencia	33
Figura 2 : Niveles de la variable perfil cognitivo	59
Figura 3 : Niveles de la dimensión orientación	60
Figura 4 : Niveles de la dimensión Registro	61
Figura 5 : Niveles de la dimensión atención y cálculo	62
Figura 6 : Niveles de la dimensión evocación	63
Figura 7 : Niveles de la dimensión lenguaje	64
Figura 8 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo a la edad	65
Figura 9 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo al sexo	66
Figura 10 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo al grado de instrucción	67
Figura 11 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo al estado civil	68

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar el perfil cognitivo en los adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro-2018. El tipo de investigación fue descriptivo, el diseño no experimental de corte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 63 adultos mayores. El Instrumento utilizado fue la prueba de tamizaje del Minimal State Examination MMSE, adaptado por Custodio (2008). La muestra estuvo constituida por 17.46% hombres y 82.54% mujeres. Los resultados mostraron que el 41.27% de los evaluados presentan un perfil cognitivo normal, el 55.56% presentaron deterioro leve y el 3.17% un deterioro moderado. Además, en las dimensiones de evocación, atención y cálculo presentaron una disminución de la función cognitiva. Así mismo, el grupo etario de 78 á 86 años, presentó un nivel alto de deterioro leve. Mientras en el sexo mantiene un promedio, siendo los casados quienes manifiestan una predominancia de deterioro en relación a los solteros y viudos.

**Palabras claves:** Perfil cognitivo, adulto mayor, envejecimiento, deterioro cognitivo, funciones superiores.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the cognitive profile in older adults of a social program of the Emmanuel Bible Church in the district of San Isidro-2018. The type of research was descriptive, the non-experimental cross-sectional design. The study sample consisted of 63 older adults. The used Instrument was the screening test of the Mini-mental State Examination MMSE, adapted by Custodio (2008). The sample consisted of 17.46% men and 82.54% women. The results showed that 41.27% of those evaluated had a normal cognitive profile, 55.56% had mild deterioration and 3.17% had moderate deterioration. In addition, in the dimensions of evocation, attention and calculus presented a decrease in cognitive function. Likewise, the age group from 78 to 86 years old presented a high level of mild deterioration. While in the sex it maintains an average, being the married ones who show a predominance of deterioration in relation to the singles and widowers.

Keywords: Cognitive profile, older adult, aging, cognitive deterioration, superior functions.

## INTRODUCCIÓN

Existe un crecimiento del envejecimiento poblacional, cuyo fenómeno está aconteciendo en todo el mundo. Sin embargo, el cambio demográfico sucede con mayor celeridad en países con niveles de bajos y medianos recursos (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y sociales, 2015). Las tasas más activas de envejecimiento poblacional se encuentran en los países latinoamericanos (Kinsella & Velkoff, 2001; Palloni, Pinto – Aguirre & Peláez, 2002).

En los últimos 50 años gracias al adelanto en la investigación y la medicina se ha producido una disminución en la tasa de mortalidad y en consecuencia se ha elevado la expectativa de vida. Sin embargo, el crecimiento de la población adulto mayor, genera en el tiempo un incremento de los sujetos con enfermedades crónicas vinculadas a las personas con edad avanzada (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015).

Un retraso en identificar los signos presume un aumento en el deterioro del sujeto, disminuyendo la efectividad de la intervención, generando dependencia de otras personas como el cuidador, familia y la comunidad (Terry, Callahan, Hal & Webster, 2011)

La literatura como también los criterios diagnósticos, mencionan que es necesario un examen neuropsicológico para corroborar el diagnóstico de DCL y EA. La estimación de la capacidad cognoscitiva, nos hace referencia a las funciones cerebrales, las cuales podrían estar afectadas por alteraciones neurodegenerativas. Por lo tanto, es necesario efectuar un diagnóstico precoz y tener mejores dispositivos de enfoque e intervención (Bondi et al., 2014; Salmon & Bondi, 2009; Pelegrín – Valero, Olivera – Pueyo & Castillo – Jiménez, 2015).

De manera que el presente trabajo de investigación busca determinar el perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018.

El trabajo realizado ha sido estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I se muestra el planteamiento del problema describiendo la realidad problemática, definiendo el problema general y los problemas específicos relacionados con la variable. También se muestran los objetivos.

Capítulo II comprende los fundamentos teóricos, el marco teórico, los antecedentes y el marco conceptual.

Capítulo III se presenta la metodología, tipo y nivel, método y diseño de estudio, se define la población, la muestra y el muestreo. Además del procedimiento de la recolección de datos y el procesamiento de la información.

Capítulo IV se adjunta la presentación y análisis de resultados, la información recogida mediante tablas y gráficos y la discusión de los resultados. Así mismo se muestran las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

Capítulo V se adjunta la presentación del programa de intervención.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

La Población de adultos mayores es el grupo de más rápido crecimiento a nivel mundial, lo que repercute en la alteración de las funciones cognitivas de acuerdo a la edad y que son el principal motivo de consulta. Si bien hay diversos factores que contribuyen a establecer la disfunción cognitiva tenemos que valorar el impacto que tienen en la calidad de vida y la posibilidad de padecer una demencia, generando así un problema epidemiológico en la población geriátrica.

Según el Organismo Mundial de la Salud OMS (2012); hoy son de suma importancia los estudios efectuados sobre estos cambios en relación con el proceso de envejecimiento en el mundo. Entre los años 2015 y 2050 la fracción de adultos mayores desde los 60 años se duplicará de 11% al 22%, lo que repercute en un alto índice demográfico poblacional. En esta proyección estadística el grupo etario, superará los 605 millones hasta el año 2050. Además, menciona que, el proceso de envejecimiento tiene varios períodos y se considera el riesgo de enfrentar algún trastorno o deterioro cognitivo a medida que se incrementa la edad; por ello se infiere que los adultos mayores de 85 años en adelante que son un 25% y un 30% padecen ya de alguna disfunción cognitiva.

OMS (2015) menciona también por proyecciones estadísticas que para el 2050, el 80% de adultos mayores vivirán en países en vías de desarrollo. Aunque en un inicio este cambio se produjo en los países desarrollados como Japón donde 30% tiene más de 60 años. Igualmente se constata en México que hace muchos años, la expectativa de vida era de 25 años. Sin embargo, en la actualidad, a iniciar el tercer milenio, la esperanza de vida es de 75 años en ambos sexos, según los cálculos para el 2020 la pirámide poblacional presentará una equivalencia de sujetos de más de 60 años y menos de 30 años. Así mismo se explica que a pesar de que la esperanza de vida se ha incrementado, no indica que haya mejorado su condición de vida en esta última etapa. Sin embargo, se apertura una oportunidad tanto para el adulto mayor como para la



sociedad de empezar actividades que se suspendieron en un momento de sus vidas o iniciar cosas nuevas que sean gratificantes y contribuyan con sus familias y la comunidad. Claro está que esto va depender en gran medida de la salud.

Raúl Arizaga, presidente del Grupo de Investigación en Demencia de la Federación Mundial de Neurología (WFN-RGD) expresó que el deterioro cognitivo se desarrolla lenta y silenciosamente y afecta a las personas adultos mayores, quienes piensan 'es normal que se me olvide'. A pesar de ser aceptable tener pequeños olvidos con los años, la falta de conocimiento en el entorno del individuo, hacen que no descarten las fallas de memoria, atención y otras dificultades en las capacidades cognitivas, generando dificultad para poder detectar y combatir un deterioro cognitivo en estadios tempranos y tener un diagnóstico para el tratamiento de la enfermedad.

En el Perú se presentó el plan nacional PLANPAM 2013 – 2017, publicado por el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; donde precisan que en América Latina, incluido el Perú, existe un incremento creciente de la población adulto mayor, por ello la necesidad de implementar en nuestro país, un programa integral en beneficio de un envejecimiento digno, activo y productivo.

(INEI. Perú: Estimaciones de la población 1950 – 2050. Lima, 2001). Mencionan que en las proyecciones oficiales del 2012 logró como promedio 30 millones de habitantes. En general el aumento en la población se aprecia que el 9,2% lo integran sujetos con edad avanzada cuyo semejante es 2 millones 711,772 pobladores y la magnitud es de 1 millón 266,930 que afecta al sexo masculino y 1 millón 444,842 al sexo femenino. Por cada 100 mujeres adultas mayores hay 87 hombres adultos mayores.

Las proyecciones del año 2025 revelan que en nuestra sociedad la población adulto mayor será de casi cuatro millones y medio de habitantes y para el 2050 las proyecciones son de un promedio de 9 millones de personas en edad avanzada. Las estadísticas por departamentos en nuestro país: Lima (32.19%), Cajamarca (5.2%), Piura (5.2%), La Libertad (6.17%) y Puno (5.24%). El alcance sólo en Lima Metropolitana es de 9.2% (INEI, ENAHO 2010).

Se considera la edad como primordial factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer (EA) y el deterioro cognitivo leve (DCL) (Hebert et al., 2010), por

consiguiente, los sujetos con edad avanzada son esencialmente frágiles al deterioro cognitivo y las demencias.

Por lo tanto, es importante realizar una evaluación y diagnóstico oportuno, sumado a la importancia de ampliar los servicios de atención. Por ello se considera conveniente una evaluación neuropsicológica del perfil cognitivo en las personas con edad avanzada de la Iglesia Emmanuel del distrito de San Isidro. Esta congregación se ha organizado a manera de programas sociales, agrupados por edades, como el mencionado “Ministerio de Gente Sabía”, que incluye a las personas de edad avanzada de ambos sexos, desde los 60 años a más, los que concurren espontáneamente y fomentan así mismo la interacción social entre sus miembros.

Es de suma importancia concientizar a la población adulto mayor a realizarse una evaluación temprana, a fin de evitar la pérdida o disminución de ciertas capacidades cognitivas, lo que va permitir mantener la autonomía e independencia en sus actividades cotidianas para aumentar su calidad y expectativa de vida, lo que establece un reto para la sociedad, quien debe enfrentar y asumir un rol más activo para recuperar la salud global de los adultos mayores.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018?

### **1.2.2. Problema específico**

¿Cuál es el nivel de orientación en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018?

¿Cuál es el nivel de Registro (memoria a corto plazo) adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018?

¿Cuál es el nivel de atención y cálculo en los adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018?

¿Cuál es el nivel de recuerdo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018?

¿Cuál es el nivel de lenguaje y Construcción en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018?

¿Cuál es el perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018, según sexo, edad, grado de instrucción y estado civil?

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar el perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018

#### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de orientación en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel de San Isidro - 2018.
- Identificar el nivel de registro (memoria a corto plazo) en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018
- Identificar el nivel de atención y cálculo en los adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018
- Identificar el nivel de recuerdo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro -2018
- Identificar el nivel de lenguaje y construcción en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018.
- Identificar el perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel de San Isidro - 2018, según sexo, edad, grado de instrucción y estado civil.

#### **1.4. Justificación e importancia**

La etapa del envejecimiento y su vínculo con la pérdida de memoria, han sido motivo de estudio a través de los años, mediante la búsqueda de técnicas y estrategias para incrementar la condición de vida de los adultos mayores. Además, de detectar a tiempo un posible deterioro cognitivo y evitar una repercusión significativa en el desempeño de las actividades intelectuales y cotidianas del adulto mayor.

Por ello, la importancia de conocer si los evaluados presentan o no deterioro cognitivo y en qué medida, lo que va contribuir con su bienestar y autonomía. De esta manera evaluarlos y percibir, sobre una posible afectación en una o varias áreas cognitivas, luego de un exhaustivo análisis detallado, identificando las capacidades disminuidas y las que se encuentran preservadas, lo que va permitir conocer el perfil cognitivo y advertir una demencia.

Después de observar los resultados obtenidos, es adecuado implementar un programa de intervención, a fin de favorecer las áreas dañadas y preservar las que se encuentran óptimas en las personas con edad avanzada que regularmente asisten al programa social de la Iglesia Emmanuel, quienes gentilmente colaboraron con la muestra para la presente investigación.

Se usó el instrumento neuropsicológico Mini Mental State Examination (MMSE), adaptado por el neurólogo peruano Niltón Custodio (2008). Empleando una muestra de 63 adultos mayores de la iglesia bíblica Emmanuel en el distrito de san isidro.

La presente investigación es esencial, porque servirá como antecedente de futuras investigaciones y las conclusiones, podrán servir de discusión con investigaciones semejantes, Además pueden ser comparadas con los resultados de otros estudios desarrollados, que son verificados y registrados en los antecedentes del marco teórico.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

Se encontraron algunos estudios vinculados al variable perfil cognitivo, en el campo nacional e internacional, que sirven como investigaciones que respaldan el trabajo científico presentado. A continuación, se exponen siendo de vital importancia para sustento del presente estudio:

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Camargo & Laguado (2017)**, En el estudio, el objetivo fue determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos. Donde la población estuvo conformada por 165 y una muestra de 60 adultos mayores cuyas edades oscilaban entre 65 y 95 a más, con o sin patología crónica, se aplicó el instrumento MMSE. Además de otras variables sociodemográficas. La población adulta que participó, cuyas edades están comprendidas entre 75 a 94 años, donde predominó el sexo masculino con 55% (33) con diferencia de 27,45% (6), del sexo femenino, un gran porcentaje se encontraba en nivel básico primario (34; 57 %) con un alto porcentaje de personas analfabetas (15; 25%) lo cual se presume como un factor de riesgo para el deterioro cognitivo. La mayoría tiene contacto con alguno de sus familiares (45; 75%) y el tiempo de institucionalizados fue de 1 a 5 años (33; 55%). De acuerdo a los datos sociodemográficos se evidencia que la patología más frecuente fueron las cardiovasculares (34; 57 %) acompañada de varias patologías diagnosticadas en el envejecimiento, el segundo lugar la integran las patologías tipificadas como otras (15; 25%), también el (34; 56,7%) tenían estudios primarios y un (15; 25%) era analfabeta. Se concluyó que el 41.7% (25) de los evaluados mostraron deterioro cognitivo grave donde (27; 45%) son mujeres y (33; 55) son hombres, sin deterioro (33,2%) (20) y (23,3%) (14) con deterioro.

**Márquez-Bouchán, Guatemala-Pineda & Gonzales (2017)** en el estudio, el objetivo fue determinar la relación entre los pacientes geriátricos con fibrilación auricular y la funcionalidad física y cognitiva de estos pacientes. Se incluyó una muestra de 213 pacientes con una cantidad de 71 (33.3%) hombres y 142 (66.7%) en mujeres. Se aplicaron los instrumentos del MMSE y lawton brody e índice de Barthel). Para contrastar variables, se utilizó U de Man Whitney y X2 con nivel de significancia de 0.05. El objetivo fue detectar fibrilación auricular en pacientes geriátricos que acudieron a una Clínica de Medicina Familiar y determinar su funcionalidad tanto cognitiva como físicamente e identificar la relación entre fibrilación auricular y ambos tipos de funcionalidad. Incluyeron 213 pacientes con promedio de edad 71.4 años, Se concluyó en una relación entre fibrilación auricular y deterioro cognitivo. La escolaridad promedio fue d 10.83 +/- 4.3 años de estudio, en relación a la salud se presentaron con mayor frecuencia la hipertensión arterial sistémica con 60.1%, el sedentarismo con 57.3 % y la enfermedad arterial venosa con 53.1%. con relación a las variables de estudio la FA se presentó en 7 pacientes (3.3%), en relación a la funcionalidad; 120 fueron independientes (56.3%). 90 presentaron dependencia leve, (42.3%) solo en 3 se presentó dependencia moderada, (1.4%), Y ningún paciente presento dependencia total para actividades instrumentales de la vida diaria, (AIVD) 17 presentaron semi independencia, (8%), y solo 4 presentaron dependencia funcional,(1.9%). presentaron sospecha de deterioro cognitivo 101 (47.4%), y 72 presentaron Deterioro Cognitivo (33.8%). No se obtuvo relación entre la FA y el sexo o la edad.

**Portillo (2015)**, en el estudio, el objetivo fue analizar el deterioro cognitivo leve en adultos mayores para descartar la alta prevalencia de demencia en Maracaibo. Se trabajó con una muestra de 498 personas con edad avanzada, mayores desde los 65 años a más en un período entre may a dic 2008. Se aplicaron los siguientes instrumentos el Examen Cognitivo de Cambridge-revisado (camcog-r) y el Mini Mental Examinación (MMSE), además de efectuar el registro de múltiples variables sociodemográficas. Mostraron que los factores de riesgo en personas con edad avanzada, con edades que fluctúan entre 65 y 74 años evidencian menor deterioro cognitivo en relación a los de 75 años a más. En cuanto al sexo no presentaron diferencias con el DCL. Un segmento

significativo de DCL correspondió a personas de edad avanzada sin nivel de instrucción. Así mismo, registra un bajo índice de DCL en los adultos mayores casados, que no tiene una correlación con el nivel socioeconómico, evidenciando que el factor es poco predominante en el deterioro cognitivo en personas con edad avanzada. Confrontando ambas pruebas CAMCOG-R y MMSE se encontraron diferencias relevantes en el caso del CAMCOG-R mostró el 69% de casos que no mostró DCL registrando muchos sucesos con DCL en relación al MMSE; sin embargo, en las variables sociodemográficas la conclusión es: la edad de 75 años a más, ser viudo, el vivir solo y la falta de instrucción son factores de riesgo para el DCL. Adicionó que, cuyo desenlace del instrumento CAMCOG-R examinó que las personas con edad avanzada con DCL alcanzaron una valoración distinta en las áreas evaluadas. Además, en las conclusiones de evaluación de la memoria, las personas con edad avanzada con DCL, consiguieron menos de la mitad del puntaje máximo posible, y los sujetos sin DCL, percibieron una estimación promedio contiguo al máximo posible en la misma área; manifestando que las áreas que fueron dañadas en los sujetos con DCL, fueron lenguaje, memoria, orientación, atención, praxis y pensamiento abstracto.

**Ortiz (2014)** en el estudio, el objetivo fue determinar la prevalencia del deterioro cognoscitivo en personas con edad avanzada con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruzana, México. La muestra estuvo compuesta por 245 sujetos, se realizó en los meses de Marzo a Junio del 2014. Se aplicó como prueba de evaluación el Mini Mental State Examination de Folstein. Así mismo señaló que, se aprecia el nivel cognoscitivo del adulto mayor que se encuentra con depresión crónica, se evaluaron a 245 sujetos, logrando niveles de deterioro cognitivo leve de 72+6 años para demencia leve, sin deterioro 74+6años; el género femenino mostró deterioro cognitivo leve de 53% (78); posible deterioro( 50%) 13 del mismo género; los porcentajes más altos en el factor escolaridad bachillerato con deterioro cognitivo leve 33% (48); con posible deterioro 35 % (9) y sin deterioro 27% (20); sin embargo en el nivel de primaria casi la cuarta parte presenta un posible deterioro. También, los participantes sin escolaridad manifestaron un desempeño semejante a los sujetos con demencia leve, y que se aminora el desempeño en la magnitud en que se incrementa en edad, entre

tanto que el conjunto de mayor escolaridad el declive posteriormente a los 65 años es moderado (26). Mostró que en el conjunto sin instrucción, con deterioro cognitivo alcanzó el 22%, con menos de 7 años de instrucción 9%, y con más de 7 años de instrucción solo 1% (20); Así mismo, la muestra fue del 19% con deterioro cognitivo leve en el orden de primaria (27).

**Nash, (2013)** et al., en el estudio, se estableció el objetivo de comparar la capacidad cognitiva y de marcha en personas con edad avanzada en que viven en áreas tanto urbanas como rurales. Veracruz, México. Cuya muestra la integraron 80 adultos mayores de 62 años y más. Se aplicó la escala de valoración, Mini-mental State Examination, y la escala de Tinetti. Además de los datos socio demográficos. Explicada la observación y conclusión de resultados del Mini Mental State Examination (MMSE) y su vínculo con la zona de localización de la muestra (rural y urbana), determino que existió desigualdad en los dos grupos de residentes y que la instrucción es una causa que influenció ampliamente, porque en las áreas atención y cálculo mostraron una estimación en cuanto al índice de deterioro entre 12 y 24; fue la más alta en los adultos mayores del área rural debido a que en su generalidad eran iletrados. Algunos autores afirman que el alto nivel de instrucción favorece la pérdida de la memoria y demencia. Puntualizó que en el área rural se manifiestan mínimos dificultades en el equilibrio y en la marcha, contrastando con los sujetos que habitan en el área urbana, al poseer los últimos un menor déficit de deterioro cognitivo, que los del área rural, deduciéndose que hay una relación entre la disminución de la marcha y el equilibrio con el deterioro cognitivo, en este caso siendo la memoria uno de los procesos cognitivos más dañados. Por consiguiente, la merma de la marcha y el equilibrio se vinculan con el deterioro cognitivo y que la memoria es la función más afectada.

**Hernández (2013)** en el estudio, el objetivo fue determinar los valores de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos y su vinculación con la función cognoscitiva en Valencia, Venezuela. Se utilizó el instrumento Mini Mental State Examination (MMSE). En correlación a los materiales y métodos empleados, se realizó la evaluación a un conjunto de sujetos con DM2, entre el 2012 y 2013 en consultorio de medicina interna. Añadió que la diabetes es un factor de riesgo para tener un déficit cognitivo especialmente en adultos mayores, Expresó que,



se especificó a 24 con Hb1Ac y puntuación del MMSE, con los siguientes resultados: En el MMSE, 58,3% entre 27 y 30 (ausencia deterioro de la FC), 12,5% entre 25 y 26 (posible deterioro) y 29,2% entre 18 a 24 (deterioro leve a moderado), destacó ( $P < 0,02$ ) ausencia de deterioro cognoscitivo. Ni la edad, ni el sexo estuvieron relacionados ( $P > 0,05$ ) con HbA1c o MMSE. Los elementos del MMSE se relacionaron negativa y notablemente (de  $P < 0,07$  a  $P < 0,001$ ) con estima de la HbA1c). Menciona que, el presente estudio concluyó: que la alta valoración de HbA1c, más deterioro cognitivo; señala sobre la importancia de realizar la evaluación con el MMSE a sujetos con DM2, y percatarse de su estimación cognitiva, admitirá una supervisión médica durante el proceso de la afección.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**García (2017)**, En el estudio, el objetivo fue determinar el perfil cognitivo de los adultos mayores de un Programa Social. La muestra fue representada por 60 personas con edad avanzada de ambos sexos el 62% de hombres y el 38% de mujeres, donde las edades oscilan entre 60 y 82 años. Para la muestra se usó el instrumento neuropsicológico Mini Mental State Examination (MMSE), adaptado por el neurólogo peruano Nilton Custodio (2008). Concluyendo que en su totalidad la muestra es de 55% correspondiente a la estimación normal; el 23% presenta deterioro cognitivo leve y el 22% con deterioro cognitivo moderado. En la diferencia por sexo, no se muestran semejanzas importantes. En lo concerniente a los grupos: estado civil, viudos, sin escolaridad; y también en el grupo platino; se les considera como factor de riesgo para posible deterioro en la función cognitiva. Las personas de 75 años a más que han presentado un bajo puntaje serán valorados bajo criterios de MMSE. Así mismo en relación a las áreas que se evaluaron, se concluyó que los procesos cognitivos de atención y cálculo, recuerdo y el lenguaje, han sido las áreas más dañadas en la evaluación.

**Belón & Soto (2015)**, en el estudio, el objetivo fue determinar el perfil cognitivo del adulto mayor. Donde la muestra estuvo constituida de 656 adultos mayores de ambos sexos, 422 corresponden al sexo femenino, mientras que el

233 son del sexo masculino, con edades comprendidas entre 55 y 96 años con lengua madre castellano y sin deficiencias sensoriales, manifestaron que el trabajo se realizó en el año 2015. Explicaron que, las pruebas de tamizaje del estado cognitivo frecuentemente utilizado en el medio clínico, es el Mini- Mental State Examination (MMSE), Señalan que, en el análisis sobre el nivel cognitivo de modo general de los sujetos evaluados, obtuvieron un porcentaje del 21% con indicativos de deterioro, solo 13% presenta indicadores de deterioro cognitivo. Se hace mención que muchos sujetos son funcionales y mentales activos y conviven con familia nuclear, no se encontraron diferencias notables en relación al sexo, la media fue menor en mujeres en relación a los hombres en su rendimiento cognitivo. En el estado civil, los solteros tienen mejor desempeño en relación a los casados, del mismo modo no se encontró relevancia en relación a la actividad en el desempeño cognitivo del sujeto. Además, los que ejercen una profesión intelectualmente demandante tienen un resultado representativo sobre el estado cognitivo de las personas con edad avanzada.

**Aguirre (2014)**, en la presente investigación, el objetivo fue Identificar el nivel cognitivo del adulto mayor, y los factores socio familiar y personal. La muestra está representada por 29 personas entre 65 a 84 años, las mujeres obtienen el 45% y el 55% los varones. Se evaluó con el Test de Pfeiffer, la Escala Socio familiar de Gijón, el Test de Barthel. Se concluye que, el 55,2% no manifiestan deterioro cognitivo; sin embargo el 27,6% presenta deterioro leve; el 13,8% con deterioro moderado; y el 3,4% manifiesta deterioro grave. La octava parte de la muestra posee deterioro moderado; el 62% muestra riesgo social y el 13.8% muestra problemas sociales. El 86.2% se encuentra con signos depresivos moderados, y el 13.8% severas. Las viudas entre de 75 -79 años con deterioro cognitivo grave y los hombres con deterioro cognitivo leve (17.2%) y moderado (10.3%). El 37.1% de hombres mostró riesgo social y las mujeres 10.3%. En relación al estado civil, el 3.9% de los viudos (as) presentan problemas sociales. 27.6% de casados (as) muestran riesgo social, en relación a la edad 6.9% con edades que fluctúan entre 75 -79años muestran problemas sociales. Y el 17.2% en un riesgo social. En relación a los componentes socio familiares, hay una relación (75%) de personas con edad avanzada y deterioro moderado, que presentan riesgo social, entre tanto un 25% no tienen problemas sociales, un

50% con deterioro leve manifiesta riesgo social, mientras que el 12.5% muestra problema social. Explicó que en el factor de capacidad funcional no localizó ningún vínculo con el nivel cognitivo, a disimilitud de las expresiones depresivas que muestran una vinculación del 75% de personas con edad avanzada con deterioro cognitivo, que presenta depresión moderada, entre tanto que el 25% muestra depresión severa.

**Moncada (2014)** en el estudio, el objetivo fue determinar si el consumo de cafeína tiene un efecto protector sobre el deterioro cognitivo en personas mayores de edad. Se realizó la evaluación a 90 sujetos en dos grupos: Grupo I (45 personas consumidores de cafeína) y Grupo II (45 personas no consumidoras de cafeína). Se concluyó: Grupo I promedio de edad  $70,07 \pm 4,88$  años y para el Grupo II fue  $71,98 \pm 6,03$  años ( $p > 0,05$ ). En relación al sexo con los agrupados de estudio, se obtuvo que el porcentaje de varones fue 51,11%, y en los grupos I y II, ( $p > 0,05$ ) con 44.44%. Con respecto a la procedencia, el 75,56% de la muestra fueron de origen urbano en el Grupo I y en el Grupo II el 64,44% recompensaron a este origen ( $p > 0,05$ ). En el nivel de instrucción, se examinó que 44,44% de la muestra tuvieron nivel de instrucción primaria en el Grupo I, y en el Grupo II el 57,78% retribuyen a ese nivel de origen ( $p > 0,05$ ). En relación a la estimación del Minimental State Examination (MMSE), el promedio para el grupo I fue  $24,11 \pm 2,34$ , y para el grupo II fue  $19,51 \pm 4,67$  ( $p < 0,001$ ). Al jerarquizar el MMSE en presencia o ausencia de deterioro cognitivo, se obtuvo que el 31,11% del grupo I manifestaron deterioro cognitivo y en el grupo II 80% ( $p < 0,001$ ) con un OR = 0,11 IC 95% [0,043 – 0,30]. Se concluyó que el consumo de cafeína en las personas de edad avanzada tiene como efecto protector para el deterioro cognitivo.

**Chávez & Núñez (2013)** en el estudio, tuvo como objetivo estimar la frecuencia de deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. Para la muestra se seleccionó a 244 pacientes período Abril – Setiembre 2011. Para la evaluación utilizaron el instrumento Mini - Mental State Examination (MMSE). El objetivo era determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve (DCL) en personas de edad avanzada con enfermedad cardiovascular en un Hospital. Se concluyó que la frecuencia de DCL fue

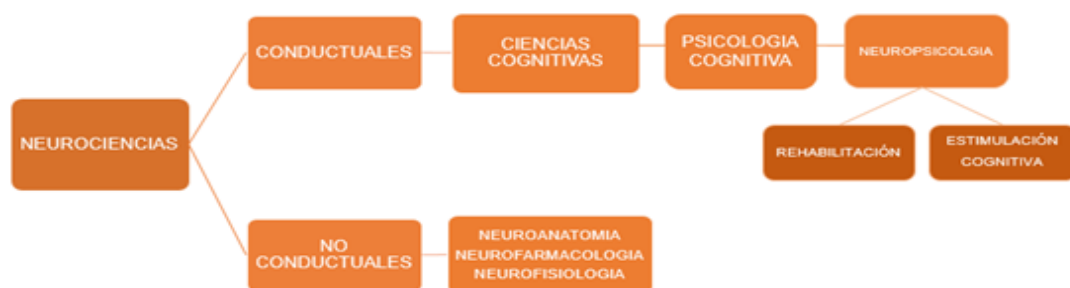
39,75%, de los cuales el 31,96% se relacionan al sexo masculino y 68,04% al sexo femenino; fue más frecuente en mayores de 80 años (54,67%) y con menos nivel de instrucción primaria: 74,23%). La enfermedad cardiovascular que localizaron con más frecuencia fue la hipertensión arterial (HTA) y el área más dañada del MMSE fue la atención y cálculo. La frecuencia de DCL hallada es del 39,75%, presenta mayor estabilidad el sexo femenino y sujetos de mayor edad.

## **2.2. BASES TEÓRICA**

### **2.2.1 Nociones Generales**

Portellano, J. A. (2005) La neurociencia es una disciplina que estudia el sistema nervioso (principalmente el cerebro) y sus funciones, pretende acercarse a la comprensión del pensamiento humano, emociones y conducta, todo esto se encuentra influenciado por las experiencias, las relaciones sociales, la alimentación y todas las situaciones en las cuales estamos inmersos. La neurociencia tiene un ámbito inter disciplinar, lo que le permite tener una perspectiva holística que nos ayude a comprenderla en su totalidad, además conocer como está interacción constituyen las bases biológicas de la cognición y la conducta. Se debe conocer que el cerebro es el único causante de las alegrías, placeres, de la pena, el desaliento y también que adquirimos de manera especial sabiduría y los conocimientos gracias a ella. Kardel (1996) menciona que la neurociencia surge para unir los diversos estratos de la existencia humana con inicio en la neurobiología molecular hasta primordialmente la cognición y la conducta, así comprender lo que nos hace ser lo que somos, pasando por el nivel celular las neuronas individuales, las redes neuronales, percepción visual, sistemas como corteza cerebral, cerebelo y abarca el máximo nivel del sistema nervioso. Aquí las neurociencias se conjuntan con la psicología y así concebir la neurociencia cognitiva, donde propicia una nueva forma de interpretar el cerebro y la conciencia aportando a la existencia de la concepción actual de los procesos mentales vinculados al comportamiento y sus bases biológicas. La neurociencia ofrece un gran apoyo a la psicología para deducir la complejidad del funcionamiento mental, aquí la tarea central de la neurociencia es esclarecer cuál es el funcionamiento de las células nerviosas en el encéfalo para que se produzca la conducta y de qué manera el medio ambiente influye en ella, tratando de entender nuestra

conducta, como aprende, guarda información y que procesos biológicos intervienen para facilitar el aprendizaje. Dentro de las neurociencias, la neuropsicología estudia la relación entre cerebro y la conducta con el interés de conocer el funcionamiento neuronal no sólo en individuos que presenten alguna disfunción sino también en aquéllos cuyo organismo funciona normalmente. La neuropsicología se encarga de evaluar, brindar tratamiento y rehabilitación a dichos sujetos. También se encarga de estudiar funciones superiores del cerebro, efectos surgidos de daños en la estructura del cerebro cuya manifestación se da en la conducta. El objetivo de la neuropsicología es investigar las lesiones y daños o el mal funcionamiento de las estructuras en el sistema nervioso central por lo que experimentan dificultad en los procedimientos de carácter cognitivo, psicológico, emocional y también en la conducta. Estas causas pueden surgir debido a traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebro-vasculares, tumores, enfermedades neurodegenerativas o también las llamadas enfermedades del desarrollo (epilepsias y parálisis cerebral). Se considera que es una ciencia multidisciplinar, que hace uso del método científico para explorar las relaciones entre cerebro y conducta. Así mismo se basa en los modelos humanos ya que reconoce la especificidad de cada especie.



Elaboración propia

## 2.3. Modelos teóricos

### 2.3.1. Envejecimiento normal

Según Peña & Lillo S. (2012) El envejecimiento es un ciclo normal de la vida, parte del desarrollo evolutivo del individuo, así mismo es un período necesario. El envejecimiento normal, no necesariamente es una disminución de las funciones. Pero son particularidades de la edad avanzada.

El envejecimiento no representa una reducción en la inteligencia, ni una merma en comprender la realidad. En cambio, se percibe que el hombre va asimilando con los años una especial ponderación del juicio y una percepción más clara de los hechos.

Peña & Lillo S. (2012) Sin embargo es indudable que con el paso de los años el organismo biológico presenta una involución progresiva de su vitalidad, que de igual manera perjudica al cerebro, con un mayor o menor daño neuronal. Se aprecia que a los 90 años habría una devastación del 30% de las células nerviosas, sin embargo no debe olvidarse que no hay una correspondencia absoluta entre el déficit psicológico y el grado de la atrofia cerebral, lo explicaron con casos de adultos mayores que manteniendo un gran compromiso anatómico del encéfalo guardan casi indemnes sus facultades intelectuales.

#### **2.3.1.1. Envejecimiento normal y reserva cognitiva.**

Algunos estudios realizados explican que en los adultos mayores está presente la plasticidad cerebral y esto se debe a la flexibilidad del cerebro. El cerebro se organiza funcionalmente para compensar las carencias cognitivas.

(Greenwood, 2007). El modelo planteado nos clarifica este mecanismo de la reserva cognitiva. (Satz, Cole, Hardy & Rassovsky 2011). Este principio considera ciertas características como la dimensión del cerebro, el número de neuronas, la capacidad que tiene el cerebro de realizar mejores argumentos en la presencia de trastornos patológicos (Barulli & Stern 2013). Según estudios sobre la reserva cognitiva se conserva un umbral de la cantidad de patología que el cerebro admite antes que se muestre el declive cognitivo. (Tucker et al., 2011). Sin embargo, cuando la afectación aminora la reserva cerebral más allá del umbral, manifiesta síntomas que lo evidencian. La reserva cognitiva ha servido para definir la relación entre la medida de componentes patológicos y el principio de los déficits (Barlli & Stern, 2013). En consecuencia, el concepto de reserva cognitiva presenta sus límites.

Así mismo, se explica en otro modelo la capacidad que muestra el cerebro de compensar el daño cerebral en función a menguar la sintomatología clínica. Las personas con edad avanzada presentan diferencias individuales tanto en lo cognitivo como en lo funcional. (Stern, 2012). La reserva cognitiva regula el

ejercicio cognoscitivo y la transformación cerebral. Las personas que presentan niveles altos de reserva cognitiva se adecuan y utilizan sus redes neuronales compensatorias para reemplazar las que ya no son eficientes, buscando estrategias para la elaboración de una tarea. (Bossu, et al., 2010). En el cerebro esta desigualdad se deben a factores protectores que nivelan las patologías y las manifestaciones clínicas. Se asocian a experiencias tempranas positivas cuando se ha desarrollado en un medio estimulante, además de la adquisición de habilidades. En los adultos mayores contribuye en la reserva cognitiva, tener una ocupación y desempeñar actividades que sean estimulantes al cerebro. (Barulli et al., 2013).

### **2.3.1.2. Manifestaciones Neuropsicológicas**

Las investigaciones muestran que algunos individuos tienen un déficit más acentuado y más acelerado en relación a otros cuyo desempeño es semejante a personas más jóvenes (Christensen, 2001). No todos los dominios cognitivos están afectados de igual manera, algunas capacidades se encuentran preservadas con el recorrer del tiempo e inclusive mejoran con la edad. Cabe mencionar que la memoria implícita, semántica, vocabulario y conocimientos generales se encuentran estables. Christensen 2001; Rabbitt et al., 2004).

Para definir el déficit cognitivo en el envejecimiento, se muestran cuatro importantes mecanismos (Dixon RA., 2000): La velocidad de procesamiento de la información, la memoria de trabajo, las funciones inhibitorias y las funciones sensoriales.

Cuando nos referimos a la velocidad de procesamiento hablamos de como procesamos la información ante un trabajo cognitivo. Señalan estudios que en la velocidad de procesamiento intervienen en que hacedores más complejos (Dixon RA., 2000; Salthouse & Madden 2015). Una lentitud en la velocidad de procesamiento en los adultos mayores, desfavorece en la calidad, cantidad y eficacia para la realización de los otros procesos cognitivos. (Park et al., 2002).

El segundo mecanismo es el descenso de la memoria de trabajo, observamos en el adulto mayor un impedimento para maniobrar y estructurar información. (Kane, Hasher, Stozfus, Zacks, & Connelly, 1994; Salthouse, 1996).

Tercer mecanismo, La inhibición, cuando se presenta el inconveniente para filtrar información que no es significativa y no responde de manera apropiada ante la interferencia. (Fisher et al., 2017). El sujeto se entretiene por la falta de inhibición al realizar una tarea. Así mismo la reducción del dominio inhibitorio está vinculado a otras funciones cognitivas como la atención alterna y selectiva y la flexibilidad mental. (Park et al., 2002).

El cuarto mecanismo vinculado a la función sensorial, en el adulto mayor la agudeza visual y auditiva deficiente está relacionada en los procesos cognitivos. (Fisher et al., 2017).

Algunas capacidades lingüísticas se presentan dañadas por el envejecimiento y tienen dificultad para hallar las palabras apropiadas, el fenómeno “punta de la lengua” (Shafro, Burke, Stamakis, Tam, & Tyler, 2007). Donde se muestra una merma en la fluidez verbal fonológica y semántica (Kempler, Teng, Dick, Taussig, & Davis 1998). Manifiestan que el déficit en la fluidez verbal puede estar vinculado a un declive en la memoria verbal y atención auditiva y no a una decadencia en el depósito semántico y léxico. (Ruff, Light, Parker, y Levin, 1997).

Existe una reducción considerable en la atención dividida, selectiva y alterna en correspondencia a las tareas en la memoria de trabajo (Glisky, 2007).

El déficit de memoria en la etapa del envejecimiento puede ser causa de una dificultad en la codificación, almacenamiento y recuperación de la información. Muestran contrariedad en recobrar la información de forma espontánea no obstante cuando se les dan pistas pueden evocar mucho mejor los elementos. Las personas de edad avanzada muestran una adecuada memoria al percibir los estímulos familiares, merma el recuerdo de los pormenores en un ambiente (Rush, Bach, & Braver, 2006)

### **2.3.2. Envejecimiento patológico: deterioro cognitivo leve**

El deterioro cognitivo leve (DCL) se establece empleando criterios clínicos, cognitivos y funcionales (Albert et al., 2011a) El DCL cursa como una alteración de los procesos cognitivos por ello se le define como un síndrome.



Según, Barahona, Villasán y Sánchez (2014) mencionan que el deterioro cognitivo leve (DCL) es una etapa de transición entre la alteración cognitiva del envejecimiento normal y una fase temprana de la demencia.

Al DCL no se le considera como un proceso normal asociado a la edad, sino como una condición patológica. A los sujetos con cierto nivel de déficit cognitivo cuyo rigor resulta deficiente para diagnosticarlos con demencia se le considera como DCL, pues no muestra compromiso importante en las ocupaciones de la vida cotidiana.

De algún modo, en el DCL se dialoga de memoria y envejecimiento, haciendo una distinción sobre el envejecimiento normal, envejecimiento con deterioro cognitivo y envejecimiento con demencia degenerativa (Figura 1). Establecido por diversos factores: el medioambiente, genéticos, socioculturales, entre otros.

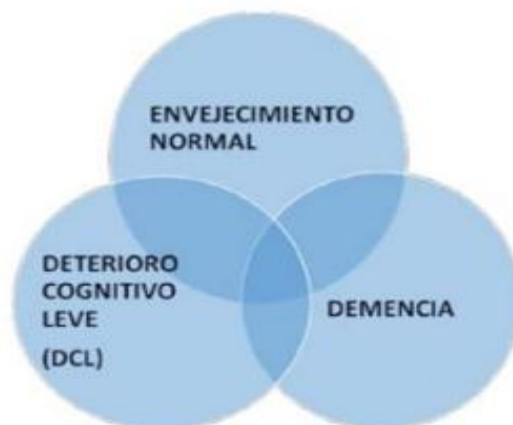


Figura 1. Envejecimiento normal, con deterioro cognitivo leve y con demencia

Fuente: Barahona, villasan y sanchez (2014, p.48)

Durante el envejecimiento los procesos cognitivos se van modificando a un orden diferente. Por esta razón algunas personas manifiestan signos a los 60 años otros a los 80/90, alterándose a través de este período.

Barahona, Villasán y Sánchez (2014), Se deben tener en cuenta los signos que nos alertan del deterioro cognitivo como pérdida de memoria, extravío de algunas cosas, dificultades con el idioma, desorientación en tiempo y lugar, problemas para efectuar que haceres diarios, juicio disminuido o pobre, alteraciones en la conducta y cambios de humor y personalidad.

### **2.3.2.1. Clasificación y criterios diagnósticos**

Kral (1962) propuso la expresión “olvidos benignos de la senectud” para denominar un descenso en la memoria del envejecimiento. Así los investigadores utilizaron variados términos y pautas de organización para definir la entidad nosológica del DCL. En 1999, es cuando sugirió el termino Petersen et al. (1999) para ordenar a las personas que se localizaban entre la fase de transición, el envejecimiento normal y la demencia. Entonces fue Petersen et. Al. (2004) y su grupo de estudios los que acuñaron la expresión deterioro cognitivo amnésico como un período intermedio entre las iniciales expresiones clínicas y el incremento de la demencia. Así implantaron grupos o subtipos el deterioro cognitivo amnésico y el no amnésico donde estos luego se fraccionaron en otros dos rangos, multi-dominio y mono-dominio. Por tanto, muestran cuatro subtipos de DCL: amnésico un solo dominio, amnésico multi-dominio (Winbland et al., 2004) El DCL amnésico mono-dominio se determina por una disminución de las funciones mnésicas mientras que en el multi-dominio prevalecen las deficiencias de la memoria episódica y en otros dominios cognitivos. Además, el DCL no amnésico se caracteriza por la reducción de otras capacidades cognitivas aparte de la memoria como la atención, lenguaje y funciones ejecutivas.

Los estudios manifiestan que los sujetos con DCL amnésicos son los que poseen mayor posibilidad de sufrir una demencia de tipo Alzheimer (Aggarwal et al. 2005; Albert et al. 2011) en tanto en el DCL no amnésico los sujetos que se encuentran con esta posición poseen más riesgo de sufrir otro tipo de demencia como la demencia fronto-temporal o demencia por cuerpos de Lewy (Bondi et al., 2014; McKhann et al., 2011).

### **2.3.2.2. Manifestaciones Neuropsicológicas**

Es fundamental la ejecución en las pruebas neuropsicológicas siendo en las frases iniciales de la enfermedad un marcador indispensable (Sewell, Luo, Neugroschl, & Sano, 2013). Posteriormente de realizar investigaciones con sujetos que presentan DCL, se menciona que de todas las funciones cognitivas, se puede tomar en consideración la memoria episódica como factor de riesgo para el cambio de DCL a enfermedad de Alzheimer (Valls-Pedret et al., 2010).

Hace algunos años, el concepto de DCL solo se orientaba al déficit de la memoria y las demás funciones cognitivas no se tomaban en cuenta. No obstante, últimamente los criterios diagnósticos se propagan insertando descontentos subjetivos en la totalidad de las áreas cognitivas (Albert et al., 2011).

#### **2.3.2.3. Manifestaciones emocionales y del comportamiento**

Las investigaciones mencionan que los síntomas psiquiátricos se muestran en el DCL. Así mismo señalan que existe la certeza de que existe una relación entre deterioro cognitivo y la depresión. (Abizanda et al., 2009; Baquero et. Al., 2004; Y. Li, Meyer, & Thomby, 2001), Así también investigaciones desarrollados con personas que manifiestan depresión y apatía se concluye que en ambos casos declaran la controversia del DCL a Enfermedad de Alzheimer (Geda et al., 2008, 2010).

Distintas investigaciones toman en cuenta la apatía en estadio pre demencial, así lo consideran como mayor indicador de avance del DCL a EA (Landes, Sperry & Strauss, 2005).

### **2.3.3. Demencia**

V Simposio de Medicina Geriátrica, Demencias (2014) Definimos la demencia como la pérdida progresiva de la cognición (memoria, conducta y facultad para ejecutar las diversas ocupaciones en la vida cotidiana), primordialmente está relacionada con la edad.

#### **2.3.3.1. Criterios diagnósticos**

Caracterizada por la modificación de varios defectos cognitivos: entre ellos mencionamos la disminución progresiva de la memoria, del lenguaje (afasia), la ejecución de tareas aprendidas (apraxias), el reconocimiento de lo antes aprendido (agnosia), disminución de la capacidad ejecutiva. Suelen las personas manifestar la imposibilidad para funcionar laboral y socialmente. Se considera evidente el diagnóstico de demencia cuando están presentes las alteraciones mencionadas. No se deben considerar solo en un episodio de delirium. Es importante tener en cuenta la historia clínica, examen físico, además de exámenes paraclínicos (biomarcadores). Pese a que con la edad van disminuyendo muchas funciones, estas varían de una persona a otra respecto a la cognición y otras funciones.

#### **2.3.3.2. Clasificación de las demencias**

V Simposio de Medicina Geriátrica, Demencias (2014) Existen varias propuestas, teniendo en cuenta aspectos clínicos y neuropatológicos. Una de ellas es la que divide a las demencias en corticales, subcorticales y mixtas, donde se tiene en cuenta el compromiso o no de la sustancia blanca. El tipo de la demencia cortical es la EA y de la subcortical es la demencia relacionada a la enfermedad de Parkinson.

Se presenta una, de las diversas clasificaciones que las agrupa:

Las clasifican en 3 grupos básicos:

- Demencias Degenerativas Primarias
- Las vasculares
- Las secundarias o simplemente otras.

### **2.3.3.2.1. Las demencias degenerativas Primarias**

Son las de mayor prevalencia dentro de ellas tenemos:

- La enfermedad de Alzheimer
- Demencia por cuerpos de Levy
- Demencias Fronto – Temporales.
- La enfermedad de Parkinson.

Hablaremos de la demencia de mayor prevalencia.

#### **2.3.3.2.1.1. La Enfermedad de Alzheimer**

Es el tipo de demencia más usual a nivel mundial. Es una enfermedad neurodegenerativa, que no tiene cura y con mayor prevalencia en la población de personas con edad avanzada (Alzheimer Association, 2016; Alzheimer Association, 2015). Es la demencia cortical la más usual y se caracteriza por una merma severa de la memoria y un déficit funcional progresivo (Chertkow, Feldman, Jacova, & Massoud, 2013a).

La enfermedad de Alzheimer, presenta entre el 60% - 80% de las otras demencias (Alzheimer Association 2016, Ferri et al. 2005). Acorde al Informe Mundial de Alzheimer (Prince et al., 2015). Se considera que los individuos que sufren de demencia en el mundo ascienden a 46.8 millones. También se deduce que el número se duplicará cada 20 años y así a que la cantidad se incremente a 131.5 millones para el año 2050 (Alzheimers, 2016).

En relación a los hispanos que viven en E.E.U.U., existe un riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer en 1.5 veces más que en los blancos norteamericanos (Alzheimer Association, 2016). El aumento en la prevalencia de la enfermedad y la carencia de diagnósticos apropiados, muestran que los servicios de atención requieren mejorar y esto solo se conseguirá con mejores estudios orientados al envejecimiento y a las condiciones asociadas.

#### **Factores de riesgo internos o externos para la enfermedad de Alzheimer**

(Brewster et al., 2014) Los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer se pueden relacionar con:

**Factores intrínsecos:**

- La edad
- El sexo femenino
- Factores genéticos

**Factores extrínsecos:**

- Híper-tensión arterial (HTA)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Alcohol
- Tabaco
- Drogas
- Nivel educativo
- La exposición al Aluminio

(Arenaza-Urquijo et al., 2011; Verghese, 2006; Wilson, 2010) Los cambios en los estilos de vida con una dieta saludable, ejercicio moderado, mantenimiento de una buena red social y tener una actividad cognitiva (leer, pintar, escribir, hacer crucigramas) así mismo suspender lo que nos produce un daño como el hábito del tabaquismo, beber alcohol de manera prudente, mantener un peso ideal. Lamentablemente nos falta evidencia consistente para generar políticas públicas para un trabajo preventivo de la Enfermedad de Alzheimer.

**2.3.3.2.2. Las Demencias Vasculares**

Se acompañan de la enfermedad cardiovascular, generalmente crónica, también se relaciona con los accidentes cerebrovasculares y los infartos cerebrales y la más reconocida es la demencia Multiinfarto.

- Demencia Vascular de origen cortical
- Demencia Vascular de origen subcortical

#### **2.3.3.2.3. Las Demencias secundarias**

Suelen ser raras y menos frecuentes, cabe destacar que algunas de ellas pueden ser reversibles o controlables

- Demencia por Hipotiroidismo
- Demencia por Hidrocefalia por Presión Normal.

#### **2.3.4. Guía para el diagnóstico neuropsicológico**

**Ardila, & Ostrosky (2012)**, Las investigaciones demuestran que el progreso en el conocimiento y los procesos cognoscitivos se deben al aporte de la tecnología de la neuro-imagen, que estudian el metabolismo cerebral con exactitud en situaciones normales como patológicas.

Estos literatos consideran los patrones cognitivos y sus correlatos neuroanatómicos afiliado a los dominios cognitivos de la atención, la orientación y la memoria:

##### **2.3.4.1. La atención**

En relación a la atención los psicólogos convergen en que los sujetos poseen restricciones en procesar una suma de información, por lo que es difícil realizar más de una tarea simultáneamente. Esto conlleva a poseer una forma de filtrar o escoger la información, para que se desempeñe adecuadamente. Este procedimiento selectivo que se manifiesta en contestación a la facultad de procesamiento limitada se llama atención (Heilman, 2002).

La atención se define como una función complicada donde hay una interrelación con diferentes procesos cognitivos y se distinguen tres componentes: selección, vigilancia y control. Es natural la actividad de estos tres aspectos va admitir al individuo a ejecutar y sostener una conducta dirigida a un objetivo.

#### **2.3.4.2. La orientación**

Es el estar consciente de sí mismo con relación a su entorno. Necesita que diversos procesos cognitivos estén integrados como la atención, percepción y memoria. Cuando existe la presencia de un déficit en el proceso perceptual o en la función de la memoria alcanza producir una deficiencia específica de orientación.

Uno de los signos más frecuentes son los defectos de orientación en un trastorno cerebral y lo más habitual es el deterioro en la orientación de tiempo y espacio. El déficit se localiza en el nivel de conciencia o estado de activación.

#### **2.3.4.3. La memoria**

Es un proceso cognitivo complejo, es una función que admite guardar experiencias y percepciones para luego evocarlas, así mismo la atención influye en el apropiado movimiento de algunos procesos cognitivos, como la obtención del lenguaje (Ardila & Rosselli 1992).

**En la memoria se especifican tres funciones:**

**Registro:** admite captar información y quede almacenada en la memoria, además es primordial prestarle atención a lo que se observa, escucha y toca.

**Consolidación:** requiere de reunir la información recibida y darle un orden lógico.

**Evocación:** permite un recuerdo posterior. Se sugiere repetir la información varias veces para tener una buena evocación.

Las alteraciones de la memoria en el envejecimiento se inician por alteraciones en las neuronas del cerebro, también por deficiencias en el procesamiento. Esta variación neuronal o una deficiencia de los neurotransmisores como la acetilcolina, la misma que interfiere en la transmisión de datos entre las neuronas, admitiendo déficit de atención por alteración de los lóbulos frontales.



Añade que existen otros orígenes del deterioro como: el consumo de fármacos, enfermedades crónicas como: corazón, depresión, alcohol, sedentarismo, hipertensión, desnutrición, (Gómez – Pérez, Ostrosky- Solís, Prospero- García, 2003).

Esencialmente, los sujetos con edad avanzada tienen el inconveniente de restablecer la información (evocación).

La colisión de estos factores se puede acentuar en la medida en que se envejece, afectando a los sujetos con edad avanzada puede sentir más de uno de estos factores paralelamente. (Trotsky-Solís et al., 1998b; Gómez et al., 2003).

Según (Ostrosky-Solís, 1998a) La dificultad en la memoria se origina por cambios en los siguientes procesos:

**Atención dividida** se perturba la facultad de conceder atención a dos cosas simultáneamente.

**Capacidad de conocer información nueva:** lo cual requiere de mayor esfuerzo para aprender.

**Recuperar:** existe mayor dificultad de acceder a la información reservada en la memoria a largo plazo de forma natural.

**Evocar:** se necesita mayor tiempo con el fin de restablecer la información de la memoria a largo plazo.

### **2.3.5. Examen del estado mental**

Este examen abarca la evaluación psiquiátrica o neurológica donde se ejecuta un procedimiento formal a la persona, para evaluar las funciones cognitivas y la conducta social. En dicha prueba se elaboran preguntas directas dentro de una entrevista estructurada, donde además es relevante la observación minuciosa. (Lezak, 1995).

Existe una diversidad de formatos para la realización del examen del estado mental. Generalmente cubre las siguientes áreas:

Apariencia personal; orientación en tiempo, lugar y persona; pensamiento lenguaje, lógica y coherencia; atención, concentración y memoria; funcionamiento cognitivo, razonamiento, juicio, abstracción; estado emocional y ánimo, distorsiones perceptuales y de contenido; nivel de insight y juicio sobre su situación personal. La prueba neuropsicológica de MMSE se considera como un instrumento formalizado del examen mental.

#### **2.3.5.1 Los instrumentos de exploración**

Los procedimientos usados en la exploración son un modo práctico para definir la posibilidad de la presencia de una situación, como la probabilidad de una demencia. Las personas identificadas con mayor probabilidad de tener un desorden deben ser evaluadas por una o más pruebas complejas para corroborar el diagnóstico (Chandra y col., 1994). La prueba debe reunir ciertas características como ser breve, de fácil calificación e interpretación, ceñirse a una evaluación personalizada y efectuar la evaluación de los dominios que se van a investigar.

Se incluyen en la detección de signos que proceden del daño cerebral, las técnicas de exploración por medio de manifestaciones conductuales en el modo de respuesta. Además de rotaciones al dibujar o construir una tarea de resta en serie con un grado de dificultad, perseveraciones, etc. (Lesak, 1995).

Se percibe que en la exploración del test discriminan entre pacientes y controles, más no entre pacientes con daño neurológico y pacientes psiquiátricos (Lesak 1995).

#### **2.3.5.2. Clasificación de los instrumentos**

Blázquez – Alisente et al, (2015) Existen diversos instrumentos a nuestro alcance que se dividen en 3 grupos grandes:

- Pruebas de rastreo cognitivo;
- Baterías neuropsicológicas generales
- Tests específicos de función cognitiva.

Explicaremos a continuación:

#### **2.3.5.2.1. Instrumentos de “rastreo cognitivo”**

Es un test reducido de fácil administración, cuya duración es de (cinco a diez minutos). Discrimina fácil y rápidamente entre una situación normal y patológica. Sin embargo, tiene la dificultad de una perspectiva global de los déficits, donde son poco específica para el logro de la identificación de déficit local.

2.- Baterías neuropsicológicas generales. Son amplias y requieren de un tiempo prolongado para su correcta evaluación. Nos proporciona saber sobre el estado cognitivo del paciente en profundidad, examinando minuciosamente los distintos subcomponentes.

3.- Es primordial, si la persona lo requiere, analizar detalladamente una específica función cognitiva.

En este trabajo se explicará los instrumentos más conocidos de rastreo:

#### **Montreal Cognitive Assessment (MOCA-TEST)**

Es una de las más utilizadas a nivel mundial. El instrumento tiene como objetivo evaluar el Deterioro cognitivo leve DCL, en sujetos que alcanzan resultados normales en MMSE o en el MEC. La prueba presenta diversos subtest, que estiman: orientación, atención, fluidez verbal, fonética, lenguaje, recuerdo inmediato y diferido de una relación donde constan 5 palabras, subtest de semejanzas, praxis constructivas realizando la copia de un cubo y el dibujo del reloj y también presenta una versión reducida del test del trazo. Utilizando un punto de corte 26 de 30 como valor máximo.

#### **Mini – Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)**

Mini – Examen Cognoscitivo (MEC), (Lobo et al., 1979). Es un examen breve para detectar demencia mediante la estimación del rendimiento cognitivo del sujeto. El instrumento es una adaptación reformada al español del Mini- Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975). El examen de Lobo y copartípeps facilitan una calificación total entre 0 y 35, alcanzada mediante la

sumatoria directa de las puntuaciones que facilitan la destreza del instrumento. El punto de corte implantado para detectar la demencia en la población española se coloca en 23 o menos.

### **Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ)**

Es una prueba de fácil aplicación, así mismo ha demostrado su fiabilidad en investigaciones epidemiológicas, logrando mejorar, al considerado MMSE de Folstein. Por lo tanto, se recomienda en casos de atención primaria y geriatría. Un examen rápido, sencillo, de fácil evaluación y contribuye en unos minutos a dar información sobre el estado de las diversas áreas cognitivas, dando prioridad a la memoria y orientación.

Se compone de 10 ítems. El test es primordialmente necesario en invidentes, adultos mayores e iletrados, a pesar que se modifica el rendimiento en función al nivel de instrucción, se admite un error más, en personas de nivel bajo de educativo, implantándose, por el contrario, un error menos, en personas con estudios superiores.

Los resultados se realizan contabilizando los errores en los 10 ítems del test. Con una categoría de 0 a 2 a funcionamiento intelectual normal, de 3 a 4 alteración intelectual leve; de 5 a 7 alteración intelectual moderado y de 8 a 10, alteración intelectual severa. El punto de corte para padecer de demencia se constituye en 5 errores.

### **Cambridge Examination (Camdex)**

Es un instrumento que se emplea para el diagnóstico psiquiátrico, para evaluar en casos de demencia, también ser de un gran beneficio en los procesos de disfunción cognitiva producto de un daño cerebral. El examen tiene un tiempo de duración de una hora aproximadamente y con los resultados permite identificar el probable diagnóstico de demencia, distinguiendo sus diferentes maneras mediante la fase precoz.

Ahora hablaremos del instrumento neuropsicológico de rastreo utilizado para la evaluación de la muestra.

## **Mini-mental State Examination (MMSE)**

Como indica en el artículo original de Folstein, Folstein y Mc Hugh (1975) como “método práctico para medir el estado cognitivo de los pacientes”. La prueba tiene una visión global del rendimiento cognitivo de la persona, siendo necesaria en los casos donde existe riesgo de demencia. Es el más utilizado en el mundo como instrumento de exploración de tamizaje o estimación inicial del deterioro cognitivo, hace una distinción en pacientes con desorden cognitivo de aquellos que no muestran deterioro cognitivo. El examen es una evaluación cuantificable del estado cognitivo de declarada confiabilidad y validez, lo que simplemente es una impresión vaga y subjetiva se transforma en una impresión objetiva de lo que se puede evidenciar dentro de la evaluación a un paciente respecto a sus dificultades cognitivas.

Puede colaborar implementando las competencias y necesidades que requiere el paciente en relación al día a día.

La deficiencia en la orientación, memoria, lectura y escritura, manifiestan una clara intervención en su capacidad de autocuidado. Folstein y col., (1975).

(Folstein y col., 1975) indican que el mini mental no debe reemplazar a la evaluación completa para determinar el diagnóstico final. Insertado en el Diagnostic Interview Schedule (DIS) desde 1979 para estudios epidemiológicos. Recomendado por el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke y por la Alzheimers. Disease and Related Disorders Association (NINCDS- ADRDA) en 1984 para registrar el diagnóstico clínico de posibilidad de padecer de la enfermedad de Alzheimer. Es necesario para clasificar la gravedad del deterioro, para estandarizar grupos, para observar los cambios en el tiempo o con intervenciones. Si la persona muestra un puntaje bajo en el examen, requiere una evaluación más completa. No se debe tener en cuenta como único criterio para diagnosticar demencia o diferenciar, entre varias formas de demencia. (Tombaugh y McIntyre 1992; Salmon y Lange, 2001). La prueba tiene varias traducciones.

## **Descripción del MMSE**

La prueba abarca 11 ítems los cuales son calificados y tienen un puntaje total de 30 y consta de 2 partes según sus autores. La primera parte advierte solo respuestas vocales: orientación de tiempo y lugar, registro y evocación, atención y presenta un puntaje máximo de 21. La segunda parte solicita las competencias para mencionar y cumplir órdenes orales y escritas, anotar una frase y ejecutar la copia de un polígono compuesto (Folstein y col., 1975).

Los autores no solo mostraron la prueba sino también en un intento de homogenizar los procedimientos dieron a conocer las instrucciones para su administración y calificación. Comúnmente se usan formatos que se utilizan para el registro de respuestas y calificación. Donde además el evaluado puede marcar los ítems con lápiz y papel.

## **Calificación**

Los autores sugirieron una calificación sencilla concediendo un punto para cada una de las 11 preguntas lo que hace un total de 30 puntos, se califican como 0 los ítems no contestados aceptando la posibilidad de incompetencia para replicar. Los ítems que no se ejecutaron por invalidez física o sensorial se califican 0 (Dufoil y col., 2000).

Folstein y col. (1975) descubrieron que el puntaje de 20 o menos es importante en los casos de demencia, delirio, esquizofrenia o desorden afectivo, más no en adultos mayores normales o los que tengan diagnósticos primarios de neurosis o trastornos de personalidad. El valor del puntaje 23 o menos nos insinúa que existe un déficit cognitivo.

La prueba muestra una relación de ítems que miden el rendimiento cognitivo de la persona, estimando los sucesivos parámetros: orientación en espacio, tiempo, memoria de fijación y memoria reciente, atención, cálculo, lenguaje y praxis constructivas. Su utilidad se ha exployado en distintos ámbitos, desde la estimación neuropsiquiatra a la psicogeriatría.

El instrumento se valora entre 0 y 30 puntos. El punto de corte para detectar la demencia se sitúa en 23 puntos; valoraciones inferiores tienen una crecida sensibilidad en el diagnóstico. Tiene una adaptación sobre la población española elaborada por Lobo et al (Folstein et al. 2000).

#### **2.3.5.2.2. Baterías Neuropsicológicas generales**

Dentro de las más utilizadas:

- Baterías Neuropsicológicas Luria-Nebraska
- Test de Barcelona revisado (TBR)
- Test de la Figura Compleja del Rey
- Test de clasificación de cartas de Wisconsin de Stroop
- Escala ADAS-COG

#### **2.3.5.2.3. Pruebas y Baterías específicas**

Dentro de las más utilizadas:

- Test de denominación de Boston (BNT)
- Escala de Memoria de Wechsler (WMS-III)
- Test de Orientación amnesia de Galveston
- Test de clave de números del Wais-III
- Test of Every Attention (TEA)

### **2.4. Definición de Conceptos**

#### **Perfil cognitivo**

Desde el modelo cognitivo, el individuo presenta ciertas creencias y estrategias que forman parte de su perfil característico (Beck et al., 2007). Estas son importantes en la medida que guían su procedimiento de la información y la formación de representaciones mentales de sí mismo y del medio que lo rodea, lo que le permite al individuo adaptarse a su entorno (Beck, 2000). Podemos señalar que en este patrón son importantes los esquemas, estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, que orientan la búsqueda, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información (Beck, 1987; Caro, 1997)

## **Envejecimiento**

López y Noriega (2012), se define como una evolución espontánea, permanente, progresiva, universal, dinámica, irreversible, declinante e inevitable. Las causas que influyen en este procedimiento son culturales, genéticos, sociales, enfermedades y supeditado por los estilos de vida. El envejecimiento presenta 3 dimensiones: biológica, psicológica y social.

El envejecimiento biológico está vinculados a cambios físicos, los cuales son evidentes con inicio de las arrugas, pérdida de fuerza y tono muscular, entre otros.

A nivel psicológico, se presenta un deterioro de las áreas y conexiones sensoriales, mentales o motoras, disminuye parte de la capacidad de memoria y aprendizaje, por la muerte de células nerviosas. La capacidad de adaptarse al medio define la edad psicológica, este proceso se inicia desde el embarazo, así durante toda la vida. Para tener un envejecimiento apropiado se requiere una adaptación constante al medio, cubriendo principalmente las necesidades básicas.

## **Adulto Mayor**

La Organización Nacional de las Naciones Unidas convocó en Viena en 1982, en la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, considerar como ancianos a la población de 60 años en adelante. Años más tarde a los sujetos de este grupo se les denominó “adultos mayores”. La OMS la clasificó de adulto mayor (o anciano joven), de 60 a 74 años; anciano de 75 a 90 años y anciano longevo de los 90 años a más. No obstante todo sujeto mayor a 60 años se le llama persona de la tercera edad o adulto mayor. En los últimos años, debido a la calidad de vida, cada vez hay más sujetos mayores de 80 años, por ello dentro de poco, el término adulto mayor podría referirse a mayores a 70 o 75 años.



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño, tipo utilizado y nivel de investigación**

##### **3.1.1. Diseño no experimental transversal**

Según **Hernández (2010)** se delimita que el estudio, dentro de la investigación realizada seria de diseño no experimental transversal, donde no se construye ninguna situación, salvo situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por quien realiza la investigación. Así las variables independientes suceden y no se pueden manipularlas, no se ejerce un control directo sobre ellas, tampoco es posible intervenir sobre ellas porque ya ocurrieron, al igual que sus consecuencias no hay manipulación intencional, ni asignación al azar.

##### **Tipo descriptivo**

**Hernández, Fernández y Baptista (2014)** los autores manifiestan que los estudios descriptivos se orientan a precisar las propiedades, características y los perfiles de los sujetos, grupos o comunidades o de cualquier fenómeno que se analice. Especifica tendencias de un grupo o población. Su objetivo es describir variables y analizar su incidencia, Solo intenta medir o reunir información independiente o conjunta sobre las variables a las que se describe, su fin no es advertir como se vinculan éstas.

##### **3.1.2. Nivel Básica, Pura o fundamental**

**Ñaupas, et al. (2013)** Es la que se realiza actualmente, se inicia con la curiosidad científica por esclarecer el origen de universo, la vida espontánea y la vida humana. Previamente fueron los filósofos los que se iniciaron como investigadores, luego los científicos y eso por el amor a la sabiduría.

La investigación básica, pura o sustantiva, recibe este nombre porque no se interesa por un objetivo pecuniario, sino porque su causa es la sencilla curiosidad, por la inmensa satisfacción de revelar conocimientos actualizados.

Exponen los autores que es el cimiento de la investigación aplicada y primordial para el crecimiento de la ciencia.

### **Enfoque Cuantitativo**

**Hernández, Fernández y Baptista (2010)** expresan los autores que la investigación cuantitativa utiliza la recolección de datos para justificar la hipótesis, con el fundamento en el cálculo numérico y el análisis estadístico, para construir modelos de comportamiento y demostrar teorías, también mencionan que esta orientación es secuencial y probatorio, cada una de estas etapas precede a la siguiente, sin la posibilidad de evitar o esquivar cada paso, es de orden riguroso, sin embargo se podrá redefinir alguna etapa, parte de la idea, que va delimitando. Proceden objetivos y preguntas de investigación, se hace una revisión de la literatura y se realiza el marco o perspectiva teórica. De aquellos ítems planteados se construyen hipótesis y definen las variables en un definido contexto; se observan las medidas (con frecuencias usando métodos estadísticos) y se crean un orden de conclusiones relativo a las hipótesis.

## **3.2 Población y Muestra**

### **3.2.1. Población**

Es el grupo global de sujetos, objetos o medidas que tienen algunas particularidades comunes observables en un lugar y en un momento definido.

La Iglesia Bíblica Emmanuel del distrito de San Isidro ha implementado diversos programas por edades, uno de ellos es el programa “gente sabia” con una población de 63 adultos mayores cuyas edades oscilan entre 60 y 86 años de edad.

### **3.2.2 Muestra**

El tipo de muestra es censal, es decir el 100% de la población fue evaluada en la medida que integra el total de la población.

Población: **63**

Tamaño de la muestra: **63**

La muestra característica de la población ha sido sesenta y tres 63 adultos mayores formada por 52 mujeres y 11 hombres, donde las edades oscilan entre 60 y 86 años, quienes asisten frecuentemente al programa social “Ministerio gente sabia” de la Iglesia Bíblica Emmanuel del distrito de san isidro. El tamaño de la muestra fue establecido aplicando un tipo muestreo no probabilístico, que también recibe el nombre de muestras dirigidas y tienen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación.

Tabla 1

*Distribución de la muestra de adultos mayores*

Sexo	f	Porcentaje
Masculino	11	17.46 %
Femenino	52	82.54 %
Total	63	100%

### **Muestreo: No probabilístico**

Hernández – Sampieri et al., (2013) la decisión de los componentes no depende de la probabilidad, excepto de motivos vinculados con las particularidades del estudio o la finalidad y criterios del investigador.

## **3.3 Identificación de la variable y su Operalización**

### **3.3.1 Perfil cognitivo**

Desde el modelo cognitivo, el individuo presenta ciertas creencias y estrategias que forman parte de su perfil característico (Beck et al., 2007). Estas son importantes en la medida que guían su procedimiento de la información y la formación de representaciones mentales de sí mismo y del medio que lo rodea, lo que le permite al individuo adaptarse a su entorno (Beck, 2000). Podemos señalar que en este patrón son importantes los esquemas, estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, que orientan la búsqueda, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información (Beck, 1987; Caro, 1997)

### 3.3.2. Operacionalización de la variable

Tabla 2

*Determinar el perfil cognitivo en los adultos mayores de la Iglesia Bíblica*

*Emmanuel – San Isidro -I 2018*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALAS DE INTERPRETACIÓN	
PERFIL COGNITIVO	Desde la mirada del modelo cognitivo, es evidente que en cada sujeto tiene ciertas creencias y estrategias que reunidas son características que son parte de su perfil. (Beck et al., 2007). Son primordiales en la proporción que orientan su procedimiento de la información y la creación de sus imágenes mentales de sí mismo y del medio que lo rodea, lo que le concede al sujeto adaptarse a su entorno (Beck, 2000). Podemos señalar que en este modelo son importantes los esquemas, estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, que orientan la búsqueda, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información (Beck, 1987; Caro, 1997)	Puntajes obtenidos en la Escala Mini-mental de Folstein (1975)	ORIENTACIÓN	Temporal: Ubicación en tiempo	1,2, 3,4, 5	ORDINAL	Normal 9 a 10	
				REGISTRO	Espacial: Ubicación en el lugar geográfico.		6,7, 8,9, 10	Deteriore leve 6 a 8
								Deteriore moderado 3 a 5
								Deteriore severo 0 a 2
		Puntuación Total	Memoria Inmediata: Recordar datos apenas unos segundos antes.					11, 12, 13
				Deteriore leve 1.5 a 2.24				
				Deteriore moderado 0.75 a 1.4				
				Deteriore severo 0 a 0.74				
		•27 puntos o más: Normal. Considera da valoración normal	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Capacidad de fijación, atención y Cálculo	14, 15, 16, 17, 18		Normal 3.75 a 5	
							Deteriore leve 2.5 a 3.74	
							Deteriore moderado 1.25 a 2.4	
							Deteriore severo 0 a 1.24	
		•26 a 24 puntos: Deteriore Leve	RECUERDO	Memoria a corto plazo: recordar palabras que antes mencionamos.	19, 20, 21		Normal 2.25 a 3	
							Deteriore leve 1.5 a 2.24	
							Deteriore Moderado 0.75 a 1.4	
							Deteriore Severo 0 a 0.74	
• 23-16 puntos: Deteriore cognitivo moderado.	LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Nominación: Nombrar 2 objetos que se muestran	22, 23	Normal 6.75 a 9				
				Deteriore leve 4.5 a 6.74				
				Deteriore moderado 2.25 a 4.4				
				Deteriore severo 0 a 2.24				
• Menos de 15 puntos. Deteriore cognitivo severo.		Repetición: Repite una frase después del evaluador.	24	Normal 6.75 a 9				
				Deteriore leve 4.5 a 6.74				
				Deteriore moderado 2.25 a 4.4				
				Deteriore severo 0 a 2.24				
		Comprensión Se indican 3 órdenes a cumplir.	25, 26, 27	Normal 6.75 a 9				
				Deteriore leve 4.5 a 6.74				
				Deteriore moderado 2.25 a 4.4				
				Deteriore severo 0 a 2.24				
		Escritura: Pide escribir oración con sujeto y predicado.	29	Normal 6.75 a 9				
				Deteriore leve 4.5 a 6.74				
				Deteriore moderado 2.25 a 4.4				
				Deteriore severo 0 a 2.24				
		Dibujo Visoespacial: Copiar un dibujo dos pentágonos cruzados.	30	Normal 6.75 a 9				
				Deteriore leve 4.5 a 6.74				
				Deteriore moderado 2.25 a 4.4				
				Deteriore severo 0 a 2.24				

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Según **Trespalcios, Vásquez y Bello., 2005 y Bernal, 2010)** señalan los siguientes procedimientos que se aplican en el estudio:

- a) Técnicas de recolección de información indirecta: Se ejecutó con la compilación de información en fuentes bibliográficas y estadísticas; buscando en las fuentes originales se sugiere, como libros, revistas, periódicos escritos, trabajos de investigación anteriores, etc.
  
- b) Técnicas de recolección de información directa. Esta información se consiguió por medio de la aplicación de encuestas en la muestra representativa de la citada población. Además, se aplicaron técnicas de observación.
  
- c) Técnica de observación. Según Bernal (2010) señala que “la observación como técnica de investigación científica, permite comprender el objeto de estudio de manera directa y mediante un proceso estricto, para luego especificar y analizar circunstancias sobre la realidad que acontece”. (p.257).

En la presente investigación se utilizaron las tres técnicas en mención.

#### **Cuestionario Sociodemográfico**

Se empleó el cuestionario socio demográfico, con el cual se recopilaron los datos generales de los evaluados con respecto a la edad, sexo, estado civil, etc. Además, el cuestionario posee preguntas enfocadas en relación al perfil cognitivo. Información importante que contribuyó en el análisis de los resultados. Lo que se aplicó a la muestra de 63 adultos mayores de la Iglesia bíblica Emmanuel.

### **3.4.1. Mini Mental State Examination (MMSE)**

Para medir el Perfil Cognitivo se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) un instrumento neuropsicológico de tamizaje incluida de las escalas cognitivas- conductuales; Aquí el sujeto contesta a un cuestionario de 30 (ítems). Y fue aplicado a 63 adultos mayores.

#### **Ficha Técnica de la Prueba**

Categoría: Neuropsicológica

Nombre: Mini-mental State Examination MMSE

Autores: Folstein y Mchugh (1975) técnica útil para los clínicos. Es el instrumento más usado en el mundo. Sólo o como parte de otras baterías.

Aplicación: Personal

Tiempo: de 5 a 10 minutos.

Población: personas mayores de edad o adultos que presentan una sospecha de deterioro.

Material: Cuestionario, lápiz y papel.

Objetivo: Nos permite evaluar sospecha del déficit cognitivo, facilitando un estado mental del sujeto.

La prueba: Es un cuestionario de 11 ítems.

#### **Aspectos que evalúa**

- **Orientación:** (10 puntos)

En tiempo: el año, mes, día, estación del año, año. 1 punto por respuesta acertada (5 puntos).

En espacio: el país, ciudad, distrito, el piso, el lugar donde se ubica el sujeto. 1 punto de por acierto (5 puntos)

- **Registro:** (3 puntos)

Mencionar 3 palabras (pelota, bandera, árbol) por un segundo. El sujeto tiene que repetir. Si es correcto 1 punto

- **Atención y cálculo:** (5puntos)

Debe restar 5 veces consecutivos, comenzando de 100 con la consigna menos 7, si es correcto es un punto. De no poder realizar la consigna, deberá deletrear la palabra MUNDO al revés, por cada letra acertada 1 punto

- **Memoria:** (3 puntos)

Evocación: preguntar al sujeto, si recuerda las 3 palabras que antes repitió. Si es correcto 1 punto (3 puntos)

- **Lenguaje:** (9 puntos)

Nominación (2 puntos)

Exhibir un lápiz, luego un reloj. Y luego preguntarle: ¿Qué es esto? El sujeto debe nombrarlo. Un punto por cada respuesta correcta. (2 puntos máximo)

- **Repetición** (1 punto)

Mencionar al sujeto que repita la frase: “La mazamorra morada tiene duraznos y guindones” si es correcto 1 punto.

- **Órdenes o comandos** (3 puntos)

Darle el papel al paciente y decirle “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha” si es correcta 1 punto. Por c/u.

- **Lectura:** (1 punto)

Exhibir la hoja que dice “Cierra los ojos” y decirle: “Haga lo que aquí se le menciona”. Si el sujeto cierra sus ojos. Se puntúa 1

Escritura (1 punto).

En una hoja en blanco pedirle que escriba una frase espontánea que incluya sujeto y verbo. No necesita que la gramática este correcta

Copia: (Praxis constructiva) (1 punto)

En la hoja dice: “Copie esta figura” pedir que copie el dibujo. Tener en cuenta todos los ángulos, lados e intersecciones. No calificar el temblor, líneas disparejas o no rectas.

**Calificación de los resultados:**

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

Puntuar cada respuesta de acuerdo al valor dado en el protocolo.

Realizar la suma de todos los puntajes obtenidos por el evaluado (máximo 30 puntos)

Ubicar el puntaje obtenido en la tabla correspondiente.

Señalar una observación de alguna deficiencia motora o sensorial, visual, que sea un inconveniente para responder adecuadamente.

Tener en cuenta, que el punto de corte para sospecha de deterioro cognitivo fue ajustado según los años de instrucción. 27 para sujetos con más de 7 años de instrucción, 23 para aquellos con 4 a 7 años de instrucción, 21 para los que tienen de 1 a 3 años de instrucción y 18 para los analfabetos. Se ha utilizado la versión peruana, reformada de la traducción de Buenos Aires- Argentina, adaptada por el neurólogo peruano Nilton Custodio Capuñay y copartícipes en el 2008.



En la realización de las preguntas cuando se han omitido ítems, se debe sopesar la nota, aplicando una regla de 3 simple, como: Un sujeto que por invalidez no puede ejecutar las pruebas de: Nominación, lectura y escritura, se seleccionará como máximo una valoración de 27 puntos, si en el puntaje alcanza 24 puntos; se efectuará la corrección señalada:  $24 \times 30 / 27 = 26.67$  lo redondeamos al número entero siguiente, que sería 27 puntos que en la interpretación le correspondería la categoría de normal sobre los 30 puntos.

### **Adaptación al español:**

Proyectado originalmente en inglés, y después validado en español. En el país se ha elaborado la adaptación Peruana del MMSE, por Robles (2003) en una investigación de tesis doctoral por la UNMSM.

Posteriormente fue adaptada teniendo como base a la versión rioplatense del MMSE de Butman et al. (2001) por el neurólogo peruano Custodio, et al (2008), la que utilizó en la ejecución del estudio de prevalencia de demencia en una población urbana de Lima publicada en el año 2008 en la Revista Anales de la Facultad de Medicina. Desde esa fecha ha sido usada por su grupo de investigación. Además, comenta que ha recibido múltiples consultas hechas por investigadores peruanos en relación a las adaptaciones realizadas, las cuales expone:

Se cambió la frase en el ítem de repetición: “El flan tiene frutillas y frambuesas” por la frase: “La mazamorra morada tiene duraznos y guindones”.

Se cambió el orden de tres comandos:

“Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” por la orden: “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha”.

Tabla 3

*Rendimiento del MMSE en adultos mayores con demencia en Lima*

Rendimiento:	%	IC 95 %
Sensibilidad	64,1%	54,5% 72,7%
Especificidad	84,1%	76% 89,8%
Valor predictivo positivo	24,4%	17,0% 33,8%
Valor predictivo negativo	96,7%	95,7% 97,5%
Área ROC (exactitud)	0,74%	0,68% 0,80%
Odds ratio diagnóstica	9,4%	4,92% 18,12%
LR(+)	4,0%	2,55 % 6,38 %
LR(-)	0,4%	0,32 % 0,56 %

Información proporcionada por Custodio et al. (2008)

### **Confiabilidad de la Prueba**

Se analizó por medio del método de Kr20 (método que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida) donde se estimó que la confiabilidad del instrumento es **0.753**.

## CAPITULO IV

### PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Procesamiento de los resultados

Para el análisis de los datos, se efectuó el traslado de la data al programa Excel 2013, obteniendo los resultados de las dimensiones y de la variable. Luego se utilizó el software SPSS versión 24.0, para la reconversión de variable a niveles – rangos y así poder brindar la información concerniente.

Los resultados obtenidos serán presentados a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y análisis con su respectiva interpretación.

#### 4.2 Presentación de los resultados

Tabla 4

*Distribución de datos según la variable perfil cognitivo*

Perfil cognitivo	f	%
Normal	26	41.27
Deterioro leve	35	55.56
Deterioro moderado	2	3.17
Deterioro severo	0	0.00
Total	63	100.00

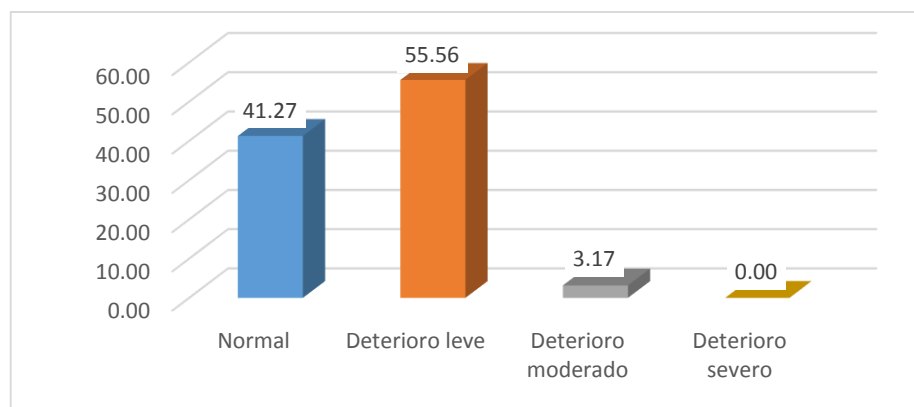


Figura 2 : Niveles de la variable perfil cognitivo

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 41.27% de los evaluados presentan un perfil cognitivo normal, el 55.56% presenta un deterioro leve y el 3.17% un deterioro moderado.

Tabla 5

*Distribución de datos según la dimensión orientación*

Orientación	f	%
Normal	42	66.67
Deterioro leve	19	30.16
Deterioro moderado	2	3.17
Deterioro severo	0	0.00
Total	63	100.00

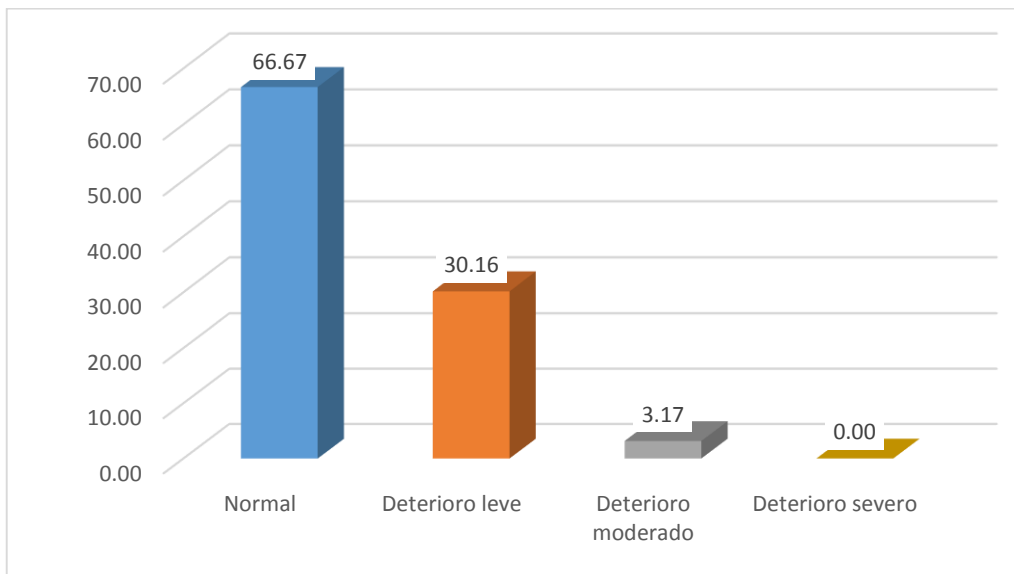


Figura 3 : Niveles de la dimensión orientación

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 66.67% de los evaluados presentan una orientación normal, el 30.16% presenta un deterioro leve y el 3.17% un deterioro moderado.

Tabla 6

*Distribución de datos según la dimensión registro*

Registro	f	%
Normal	53	84.13
Deterioro leve	6	9.52
Deterioro moderado	1	1.59
Deterioro severo	3	4.76
Total	63	100.00

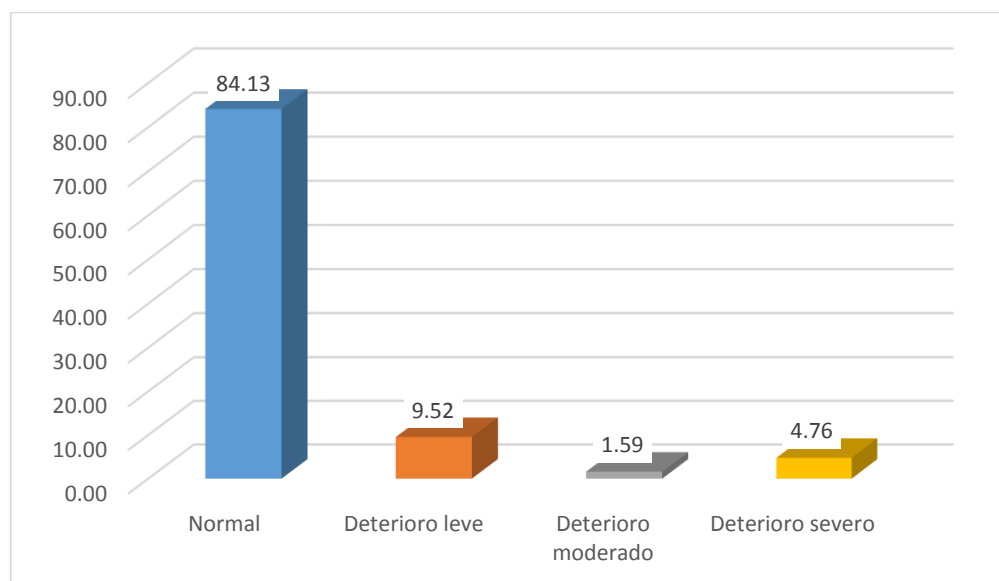


Figura 4 : Niveles de la dimensión Registro

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 84.13% de los evaluados presentan un registro normal, el 9.52% presenta un deterioro leve, el 1.59% un deterioro moderado y un 4.76% un deterioro severo.

Tabla 7

*Distribución de datos según la dimensión atención y cálculo.*

Atención y calculo	f	%
Normal	3	4.76
Deterioro leve	9	14.29
Deterioro moderado	24	38.10
Deterioro severo	27	42.86
Total	63	100.00

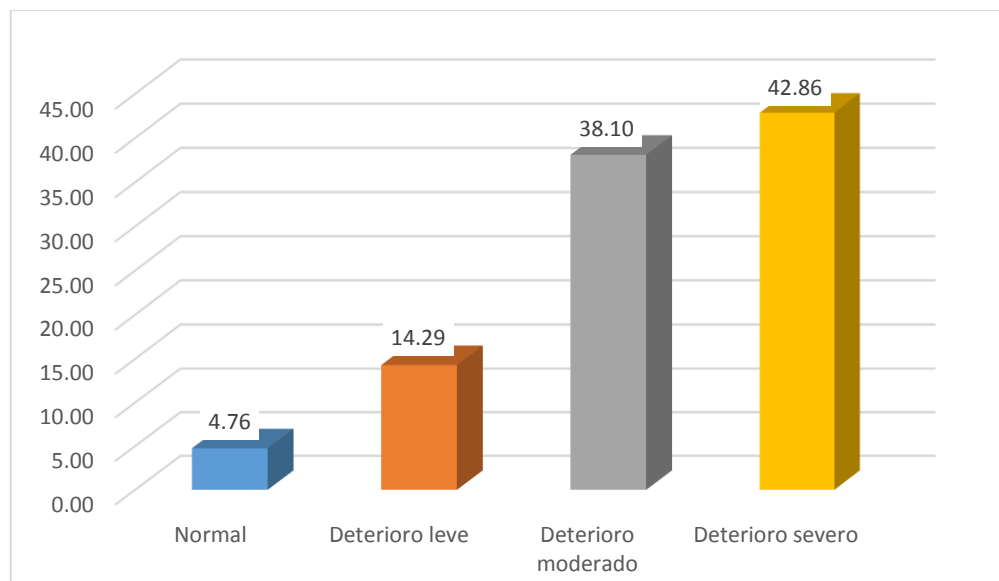


Figura 5 : Niveles de la dimensión atención y cálculo

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 4.76% de los evaluados presentan una atención y calculo normal, el 14.29% presenta un deterioro leve, el 38.10% un deterioro moderado y un 42.86% un deterioro severo.

Tabla 8

Distribución de datos según la dimensión evocación

Evocación	f	%
Normal	18	28.57
Deterioro leve	19	30.16
Deterioro moderado	21	33.33
Deterioro severo	5	7.94
Total	63	100.00

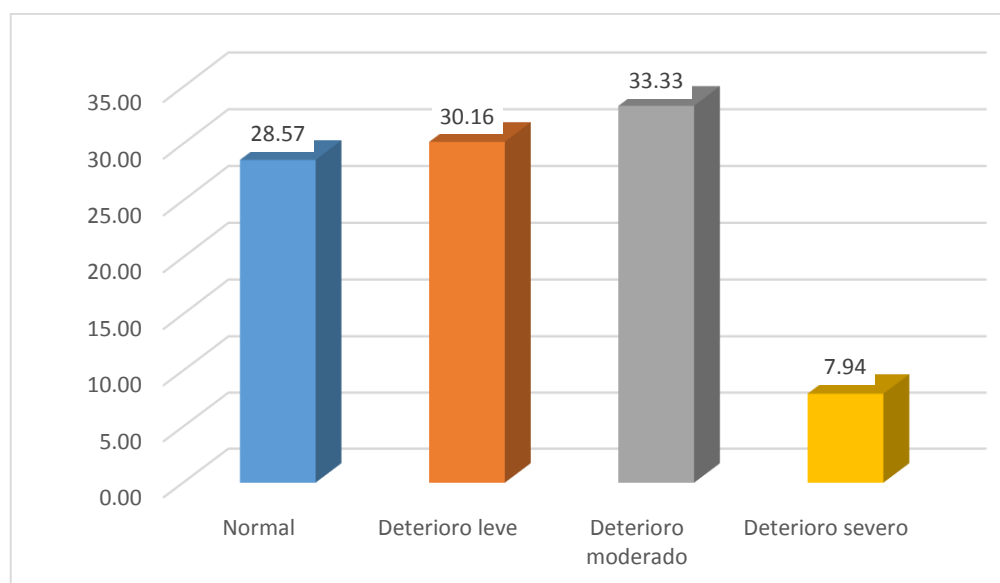


Figura 6 : Niveles de la dimensión evocación

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 28.57% de los evaluados presentan una evocación normal, el 30.16% presenta un deterioro leve, el 33.33% un deterioro moderado y un 7.94% un deterioro severo.

Tabla 9

*Distribución de datos según la dimensión lenguaje.*

Lenguaje	f	%
Normal	55	87.30
Deterioro leve	5	7.94
Deterioro moderado	3	4.76
Deterioro severo	0	0.00
Total	63	100.00

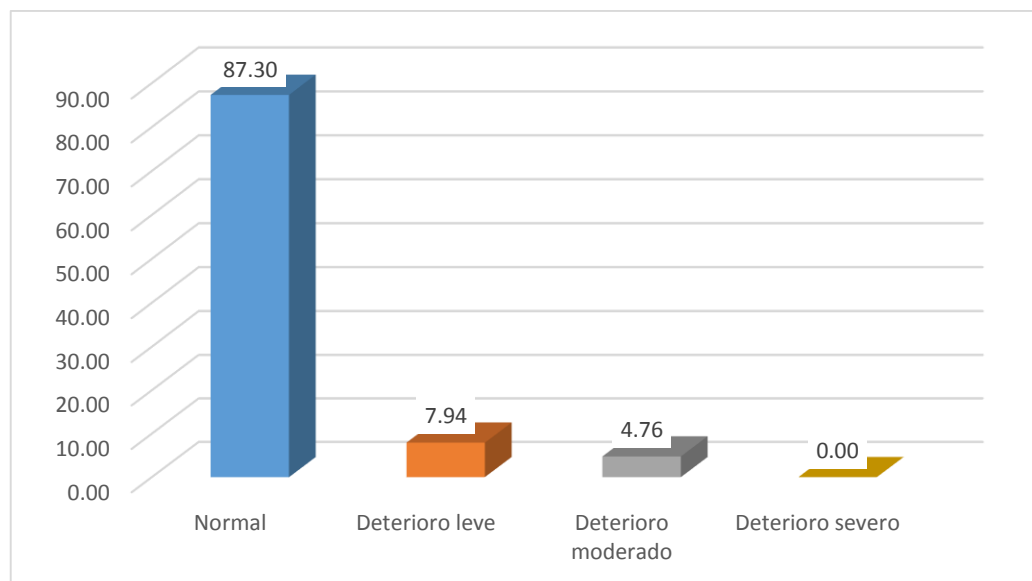


Figura 7 : Niveles de la dimensión lenguaje

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 87.30% de los evaluados presentan un lenguaje normal, el 7.94% presenta un deterioro leve y el 4.76% un deterioro moderado.



## Variable perfil cognitivo en relación a los datos demográficos

Tabla 10

*Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo a la edad*

Edad	Perfil cognitivo						Total
	60-68		69-77		78-86		
Niveles	f	%	f	%	f	%	Total
Normal	15	23.81	13	20.63	7	11.11	35
Deterioro leve	10	15.87	8	12.70	8	12.70	26
Deterioro moderado	0	0.00	1	1.59	1	1.59	2
Deterioro severo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Total	25	39.68	22	34.92	16	25.40	63

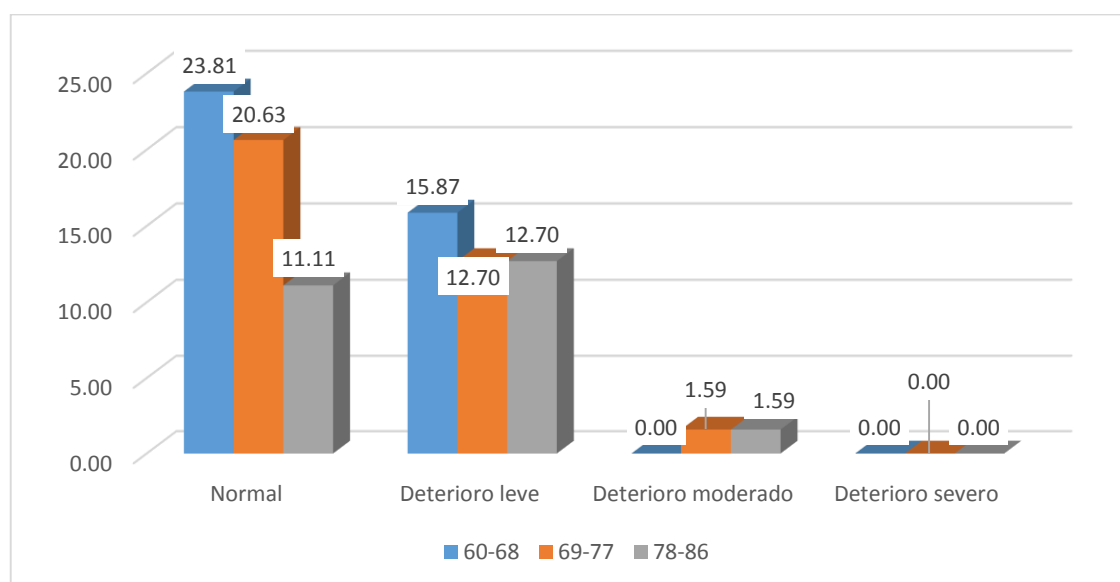


Figura 8 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo a la edad

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que en el rango de 60 a 68 años con respecto al perfil cognitivo hay un nivel normal en un 23.81%, un nivel de deterioro leve del 15.87%, un nivel de deterioro moderado del 0.00% en cuanto al nivel de deterioro severo también se observa un 0.00%; en el rango de 69 a 77 años en el nivel normal se encuentra el 20.63%, en el nivel deterioro leve el 12.70%, en el nivel de deterioro moderado el 1.59% y en el nivel deterioro severo el 0.00%; en cuanto al rango de 78 a 86 años en el nivel normal se encuentra el 11.11%, en el nivel deterioro leve un 12.70%, en el nivel de deterioro moderado el 1.59% y como en la mayoría no se encuentra un deterioro severo del perfil cognitivo.

Tabla 11

*Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo al sexo*

Sexo	Perfil cognitivo				Total
	Femenino		Masculino		
Niveles	f	%	f	%	
Normal	30	47.62	5	7.94	35
Deterioro leve	1	1.59	5	7.94	6
Deterioro moderado	21	33.33	1	1.59	22
Deterioro severo	0	0.00	0	0.00	0
Total	52	82.54	11	17.46	63

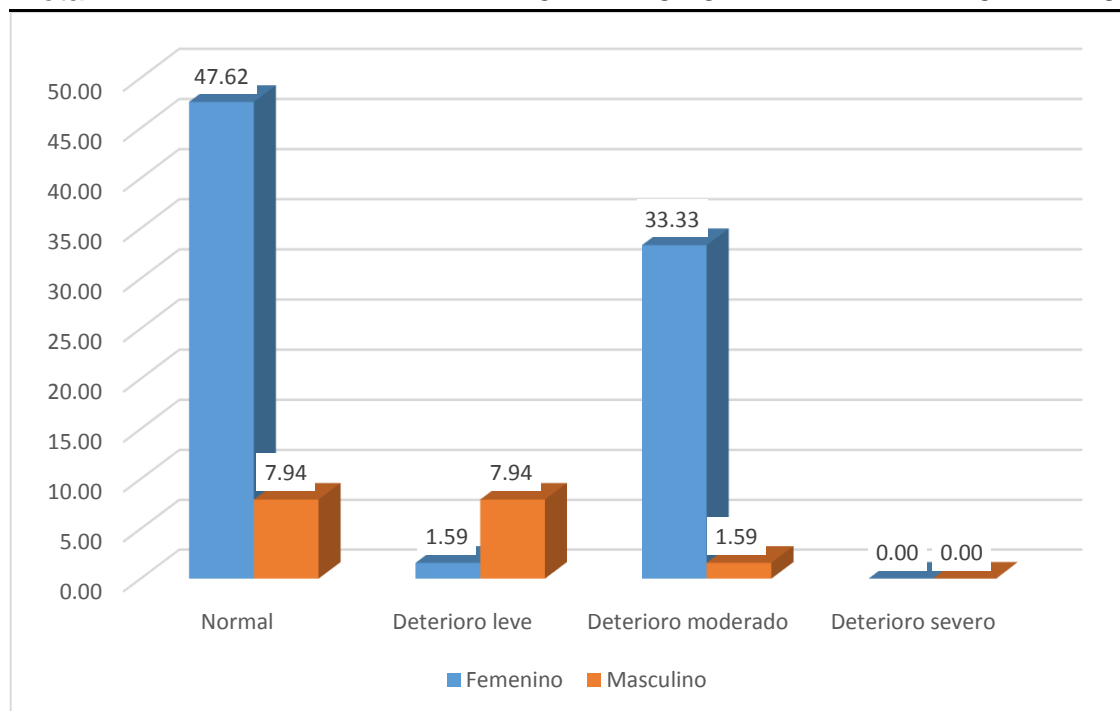


Figura 9 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo al sexo

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que las mujeres con respecto al perfil cognitivo presentan un nivel normal del 47.62%, un nivel de deterioro leve del 1.59%, un nivel de deterioro moderado del 33.33% y un 0.0% en cuanto al nivel de deterioro severo; por otro lado los hombres presentan un nivel normal del 7.94%, un nivel de deterioro leve del 7.94%, un nivel de deterioro moderado del 1.59% y en el nivel deterioro severo 0.00.

Tabla 12

*Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo al grado de instrucción*

Instrucción	Perfil cognitivo						
	Primaria		Secundaria		Superior		Total
Niveles	f	%	f	%	f	%	
Normal	7	11.11	8	12.70	20	31.75	35
Deterioro leve	12	19.05	9	14.29	6	9.52	27
Deterioro moderado	1	1.59	0	0.00	0	0.00	1
Deterioro severo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Total	20	31.75	17	26.98	26	41.27	63

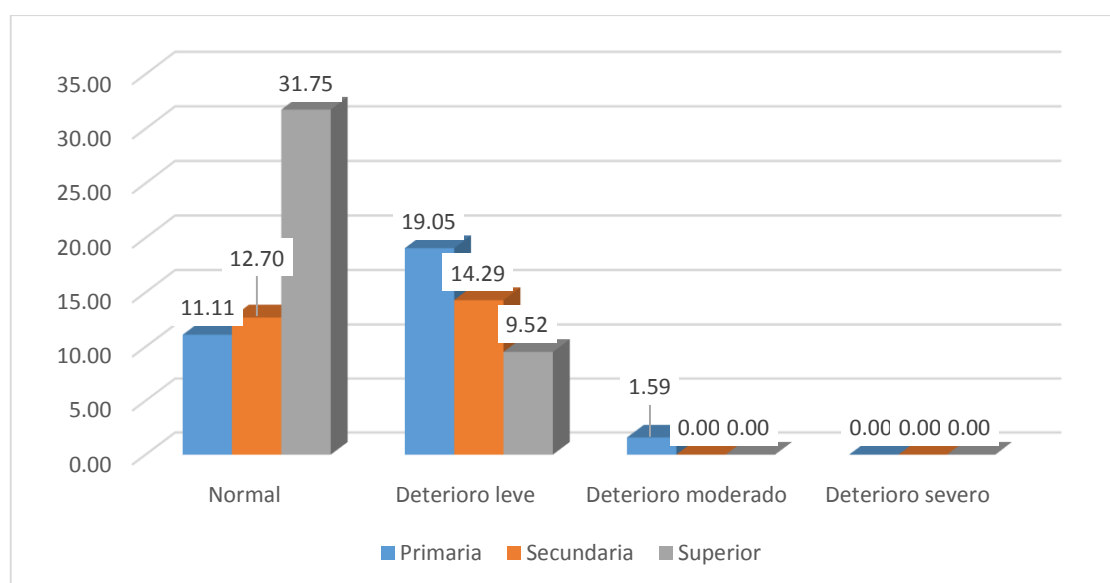


Figura 10 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo al grado de instrucción

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que los que tienen un nivel de instrucción primaria con respecto al perfil cognitivo presentan un nivel normal en un 11.11%, un nivel de deterioro débil del 19.05%, un nivel de deterioro moderado del 1.59% y un 0.0% en cuanto al nivel de deterioro severo; los que tienen un nivel de instrucción secundaria presentan un nivel normal del 12.70%, nivel deterioro leve del 14.29%, nivel de deterioro moderado 0.00% y en el nivel deterioro severo 0.00%; en cuanto a los que tienen grado superior presentan un nivel normal del 31.75%, un el nivel de deterioro leve del 9.52%, un nivel de deterioro moderado 0.00% y nivel de deterioro severo del 0.00%.

Tabla 13

*Distribución de datos según la variable perfil cognitivo de acuerdo al estado civil*

Estado civil	Perfil cognitivo						
	Casada(o)		Soltera (o)		Viuda (o)		Total
Niveles	f	%	f	%	f	%	
Normal	13	20.63	12	19.05	11	17.46	36
Deterioro leve	15	23.81	6	9.52	4	6.35	25
Deterioro moderado	1	1.59	0	0.00	1	1.59	2
Deterioro severo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Total	29	46.03	18	28.57	16	25.40	63

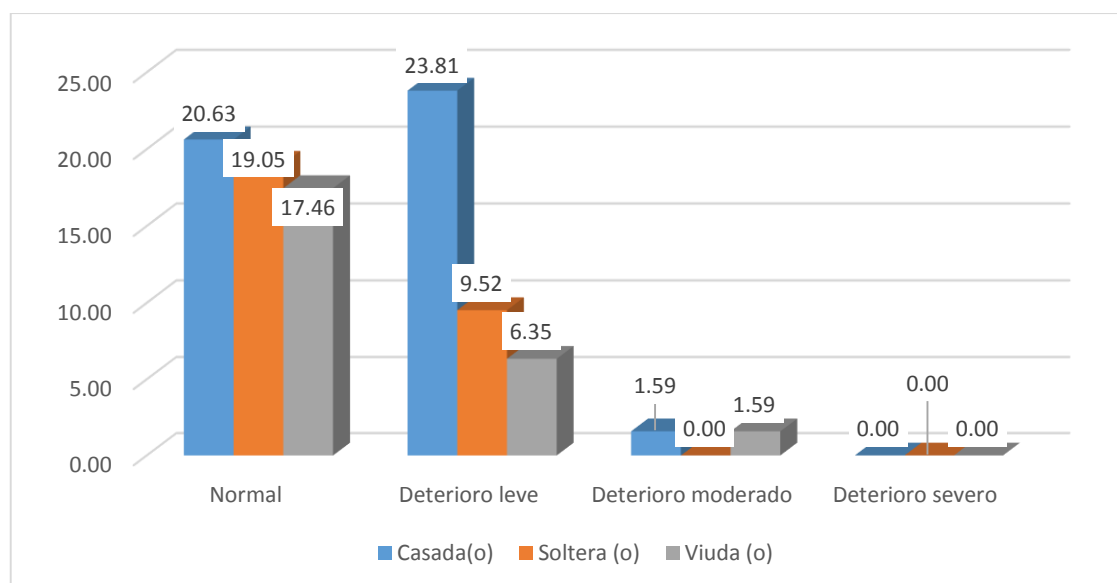


Figura 11 : Niveles según la variable perfil cognitivo de acuerdo al estado civil

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que los que tienen un estado civil casada(o) con respecto al perfil cognitivo presentan un nivel normal en un 20.63%, un nivel de deterioro leve del 23.81%, un nivel de deterioro moderado del 1.59% y un 0.0% en cuanto al nivel de deterioro severo; los que tienen un estado civil soltera(o) presentan un nivel normal del 19.05%, nivel deterioro leve del 9.52%, nivel de deterioro moderado 0.00% y en el nivel deterioro severo 0.00%; en cuanto a los que tienen un estado civil viuda(o) presentan un nivel normal del 17.46%, un el nivel de deterioro leve del 6.35%, un nivel de deterioro moderado de 1.59% y nivel de deterioro severo del 0.00%.

### 4.3 Análisis y discusión de resultados

Se procede a realizar el análisis y la discusión de los resultados obtenidos en el presente estudio, como se detallan a continuación:

#### Objetivo general

Se realizó un estudio en Iglesia Bíblica Emmanuel del distrito de San Isidro, cuya investigación tuvo como objetivo determinar el perfil cognitivo en los adultos mayores de dicha congregación, en la cual se determinó que el 55.56% de la muestra presenta un deterioro leve en la función cognitiva. De la misma forma se encontró que el 41.27% de los evaluados presenta un perfil cognitivo normal y el 3.17% un deterioro moderado. Así mismo se observó que no se encontraron personas que presenten deterioro cognitivo severo. Esta similitud fue encontrada por De la Cruz (2007) en la investigación deterioro cognitivo del adulto mayor en un consultorio médico de familia, quien obtuvo un resultado de 79,6% con deterioro leve.

Sin embargo, Aguirre (2014), difiere con los resultados mostrados en esta investigación, él afirma que el nivel que predomina, no es el deterioro cognitivo leve sino el nivel cognitivo normal con 55.2% en un centro integral de Lambayeque, este es ratificado por García (2007) quien también encontró predominancia en el perfil cognitivo normal con un 55% coincidentemente con la presente investigación en una iglesia cristiana de Lima.

Este desacuerdo podría ser explicado por Barahona, Villasán y Sánchez (2014), quienes indican que el deterioro cognitivo leve puede estar asociado a diversos factores: el medioambiente, genéticos, socioculturales, entre otros. Además, mencionan que durante el envejecimiento los procesos cognitivos se van modificando a un orden diferente. Por esta razón algunas personas manifiestan signos a los 60 años otros a los 80/90, alterándose a través de este período.

La presente investigación tiene un predominio en el deterioro cognitivo leve lo cual indica que existe un rendimiento cognoscitivo por debajo del nivel para su edad. A pesar de la coincidencia con García en el 2017 quien realizó una

investigación en la misma iglesia cristiana del distrito de San Martín de Porres y esta investigación fue en San Isidro, difiere en cuanto a los resultados, esto podría deberse como señala el autor a diversos factores. Por ello se considera necesario realizar una exploración y evaluación neurológica exhaustiva.

#### Primer objetivo específico

Con relación a la dimensión orientación, se observó a través de los resultados obtenidos que el 66.67% de los evaluados presentan una orientación normal, el 30.16% muestra un deterioro leve y el 3.17% un deterioro moderado.

Portillo (2015), discrepa con los resultados mostrados en esta investigación, señala que los adultos con edad avanzada que presentan DCL, obtuvieron puntajes distintos entre sí en las áreas observadas, encontrando que entre las áreas más afectadas en el DCL, fue la orientación, en una parroquia de Maracaibo, Venezuela.

Esto podría ser argumentado por Lozano-Gallego, Vilalta-Franch, Llinás Reglá y López-Pousa (1999) consultados por Domínguez, Serrano, Jiménez y Perea (2013), donde expresan que las áreas para distinguir entre demencia y no demencia son orientación temporal, memoria, atención y percepción, entre ellas, siendo la orientación temporal la que más se distingue. Además, se incluye a la memoria y la atención.

En relación a los resultados en la dimensión de orientación, se puede determinar que los evaluados en su mayoría tienen preservada esta área, lo que favorece a que tengan contacto con la realidad y su situación en el tiempo y espacio, proporcionándoles una mayor comprensión de lo que les rodea, lo que les facilita tener una sensación de control e incremento de la autoestima.

## Segundo Objetivo específico

Con relación a la dimensión Registro (Memoria inmediata), se observan a través de los resultados obtenidos que el 84.13% de los evaluados presentan un registro normal, el 9.52% muestra un deterioro leve y el 1.59% un deterioro moderado y un 4.76% un deterioro severo.

Ávila, Vásquez & Gutiérrez (2007), difiere con los resultados de esta investigación, en la que manifiesta que encontraron tres áreas que estaban muy afectadas: la memoria inmediata, la orientación y la atención, y el cálculo. Lo que corrobora Portillo (2015), quien señaló que entre las áreas mayormente afectadas con DCL se encontró a la memoria, lenguaje, orientación, atención, praxis y pensamiento abstracto, en una parroquia de Maracaibo – Venezuela.

Fernández-Ballesteros, et al., (1999) refiere que el ingreso de la información obedece a los sentidos y que en el caso del procesamiento de la información tiene como base al sistema nervioso central, concluye que en el proceso de envejecimiento existe una menor eficacia y un enlentecimiento del funcionamiento cognitivo. Así mismo menciona que procesar la información requiere el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información. Señala que los adultos mayores manifiestan tener fallos cuando recuerdan nombres, números de teléfono y otros eventos de la vida diaria. Además, esta autora menciona que la memoria de trabajo (memoria operativa) y la memoria episódica padecen cambios considerables vinculados a la edad.

Baddeley, (1992); Ericsson y Kintsch, (1995) señalan que la memoria inmediata o a corto plazo también se le conoce como memoria de trabajo, es la que guarda y procesa la información en segundos o minutos.

Se observa un alto índice del nivel normal lo que indica que mantiene la memoria inmediata preservada. Sin embargo, cabe mencionar que existe un porcentaje bajo en relación al deterioro leve y severo, por lo que se requiere una evaluación neuropsicológica más completa para determinar si existe un primer indicio de una posible demencia, por ello la importancia de un diagnóstico temprano.

### Tercer objetivo específico

Con relación a la dimensión de atención y cálculo se percibe en los resultados obtenidos que el 4.76% de los evaluados presentan una atención y cálculo normal, el 14.29% presenta un deterioro leve, el 38.10% un deterioro moderado y un 42.86% un deterioro severo. Chávez & Núñez (2013), muestran una similitud con un nivel alto en el deterioro severo, ellos mencionan que el área más afectada con la evaluación del MMSE fue la atención y cálculo, en un hospital nacional. Lo que corroboran Nash (2013) quien menciona que en las áreas de atención y cálculo tuvieron una estimación del índice de deterioro entre 12 y 24; esta fue superior en los ancianos del área rural porque en su gran mayoría eran iletrados. Así mismo, García (2017) en relación a las áreas evaluadas, concluye que la atención y cálculo, son determinadas como áreas especialmente afectadas.

Fernández-Ballesteros, et al., (1999) El adulto mayor demora en dar respuesta a la información que recibe, especialmente cuando esas tareas que se le asignan requieren más recursos atencionales. Además, resalta que esos cambios o déficits en los primeros períodos del procesamiento se dan en edades tempranas.

En relación a los resultados y la concordancia con otros estudios, podemos observar que existe un déficit en esta área, que necesita ejercitar ya que tiene una íntima relación con la memoria, se pueden fomentar acciones para prevenir y estimular las funciones superiores, porque su salud y calidad de vida se encuentran relacionados con un apropiado funcionamiento cognitivo.



#### Cuarto objetivo específico

En relación a la dimensión de evocación (Recuerdo) se observó que a través de los resultados obtenidos es que el 28.57% de los evaluados presentan una evocación normal, el 30.16% presenta un deterioro leve, el 33.33% un deterioro moderado y un 7.94% un deterioro severo.

Ávila, Vásquez & Gutiérrez (2007) presenta una similitud en referencia a esta investigación donde menciona que encontró que la memoria mediata tiene una alteración con una menor afectación que otras áreas. Menciona que los datos coinciden con otros estudios en relación a que la memoria es la función cognitiva que sufre más trastornos y de manera sorprendente. Así mismo, García (2017) quien concluye que en relación a las áreas evaluadas, el recuerdo entre otros es un área primordialmente afectada, en una iglesia cristiana de lima.

Según Aizpurua y Koutstaal (2015) los autores discrepan con la creencia que al llegar a la etapa del envejecimiento se deteriora la memoria, mencionan que muchas investigaciones confirman que a partir de los 20 años se inicia una pérdida cognitiva de la que no nos percatamos, que se acentúa entre los 45 y 49 años y siendo está más evidente a los 75 años a más. Así explican que unos tipos de memoria se deterioran más que otras, que el deterioro es más perceptible en la memoria episódica, la que mantiene los hechos del pasado, de nuestra vida personal y es más precisa para evocar los recuerdos, siendo necesaria para la planificación, como también para nuestro bienestar emocional.

Los resultados de esta investigación ratifican la necesidad una detección temprana de las alteraciones de la memoria y orientación como síntomas regulares e iniciales de las demencias. El diagnóstico oportuno facilita el control y la dispensarización del adulto mayor.

#### Quinto objetivo específico

En relación a la dimensión de Lenguaje, se observa a través de los resultados alcanzados que el 87.30% de los evaluados presentan un lenguaje normal, el 7.94% muestra un deterioro leve y el 4.76% un deterioro moderado.

Ávila, Vásquez & Gutiérrez (2007) difiere con los resultados obtenidos en este estudio, donde la función del lenguaje presentó 83.7%, una considerable afectación en relación a las otras áreas afectadas. Lo que corrobora, Portillo (2015) quien explica que dentro del DCL existen áreas principalmente afectadas como la función cognitiva de la memoria y el lenguaje.

Carpenter et al., (1994); Just & Carpenter, (1992); Kemper & Kemptes, (1999). Los autores exponen acerca de la teoría de disminución de la capacidad de la memoria operativa, una teoría destacada dentro de las muchas que existen y de qué manera afectan en la función del lenguaje, su hipótesis postula que a efectos del envejecimiento, la memoria operativa entendida; como una memoria de recursos limitados que al mismo tiempo mantiene capacidad para almacenar y manipular información, padece de una merma en su capacidad de trabajo, hecho que afecta la habilidad para comprender y producir oraciones semánticas y sintácticamente complejas en los adultos mayores.

Los estudios de esta investigación tienen un alto porcentaje en esta dimensión, en lo que difiere con otros estudios, por lo que se deduce que la mayoría de los evaluados tiene una buena comprensión y una preservada velocidad de procesamiento ya que está relacionada con la memoria para elaborar oraciones semánticas y sintácticamente complejas.

El lenguaje es producto de una actividad nerviosa compleja, una habilidad necesaria para comunicarnos, entender y mantener las relaciones sociales.

## Sexto objetivo específico

Con relación a los resultados obtenidos sobre la variable perfil cognitivo de acuerdo a la edad, se distribuyó por grupo etario en tres (3) rangos. El primer rango de 60 a 68 años con respecto al perfil cognitivo muestra un nivel normal en un 23.81%, un nivel de deterioro leve del 15.87%, un nivel de deterioro moderado y severo de 0.00%; en el segundo rango de 69 a 77 años en el nivel normal se encuentra el 20.63%, en el nivel deterioro leve el 12.70%, en el nivel de deterioro moderado el 1.59% y en el nivel deterioro severo el 0.00%; en tercer rango de 78 a 86 años el nivel normal se encuentra el 11.11%, en el nivel deterioro leve un 12.70%, en el nivel de deterioro moderado el 1.59% y como en la mayoría no se encuentra un deterioro severo del perfil cognitivo.

Gómez, Bonnin, Gómez, Iglesias, Yáñez y González (2003) presenta una similitud en relación al presente estudio, donde observa que las edades entre 65 – 74 años, muestran niveles representativamente bajos de DCL en una comparación con los adultos mayores en quienes se analizaron un mayor porcentaje de DCL en sujetos cuyas edades están comprendidas entre 85 a 89 años. Demostrándose la aparición de DCL en edades mayores. Lo que fue corroborado por Portillo (2015) donde concluye que la muestra con edades comprendidas entre 65 y 74 años evidencia menor deterioro cognitivo, confrontando con la edad de 75 años a más, los cuales manifestaron porcentajes más altos.

Cambell, Unverzagt, la Mantia, Khan y Boustani, (2013) los autores mencionan que existen una serie de factores que favorecen el deterioro cognitivo, dentro de ellas se encuentran la edad, el sexo y el nivel educativo entre otros.

En el mundo, es muy complejo referirse a la estimación del deterioro cognitivo. Según Custodio y otros (2012) varios estudios realizados evidencian que la prevalencia de Deterioro cognitivo leve (DCL) aumenta con la edad, en un porcentaje del 10% en sujetos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años.

En el estudio realizado podemos determinar que el grupo etario del tercer rango, comprendidos entre las edades de 78 a 86 años, manifiestan un mayor índice en el deterioro leve, con lo que coincide con algunos investigadores que afirman que a mayor edad, existe un mayor riesgo de padecer una demencia. Por ello, se considera necesaria una exploración y evaluación neurológica.

En concordancia a los resultados obtenidos sobre la variable perfil cognitivo de acuerdo al sexo, las mujeres con respecto al perfil cognitivo presentan un nivel normal del 47.62%, un nivel de deterioro leve del 1.59%, un nivel de deterioro moderado del 33.33% y un 0.0% en cuanto al nivel de deterioro severo; por otro lado los hombres presentan un nivel normal del 7.94%, un nivel de deterioro leve del 7.94%, un nivel de deterioro moderado del 1.59% y en el nivel deterioro severo 0.00.

Abarca y cols (2008), Rivera, Méndez y Molero (2012) Henao-Arboleda y cols (2010), presenta una similitud con esta investigación, donde manifiesta que ya que las mujeres viven más tiempo, en relación a los hombres y que en Venezuela acostumbran a vivir con la familia hasta esa etapa de su vida, señalan que no hubo una presencia de DCL al comparar la muestra según género, siendo particularmente se encuentra muy baja. Además, cabe resaltar que los hombres tienen índices de mortalidad muy altas en Venezuela, lo que justificaría la relevancia del sexo femenino en la muestra.

Belón & Soto (2015) difieren con los resultados obtenidos en este estudio, manifiestan que el sexo no es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo en relación a que los sujetos no reflejan disconformidad importante en relación a las habilidades cognitivas.

(López y Calero, 2009) los autores refieren que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer demencia de tipo Alzheimer.

Si bien en la muestra del presente estudio, se observa que en las mujeres hay un índice mayor en el nivel normal en relación a los hombres, cabe mencionar que existe un nivel considerable de deterioro en la función cognitiva al igual que los hombres, por lo que se sugiere un examen neuropsicológico más completo para conocer con precisión el rendimiento cognoscitivo para su edad.

En los resultados obtenidos sobre la variable perfil cognitivo de acuerdo al grado de instrucción, se muestra que el nivel de instrucción primaria con respecto al perfil cognitivo presentan un nivel normal en un 11.11%, un nivel de deterioro leve del 19.05%, un nivel de deterioro moderado del 1.59% y un 0.0% en cuanto al nivel de deterioro severo; los que tienen un nivel de instrucción secundario presentan un nivel normal del 12.70%, nivel deterioro leve del 14.29%, nivel de deterioro moderado y severo 0.00% ; en cuanto a los que tienen grado superior presentan un nivel normal del 31.75%, un el nivel de deterioro leve del 9.52%, un nivel de deterioro moderado y severo 0.00%.

Ortiz (2014) mantiene una semejanza con el estudio realizado, quien manifiesta que en el nivel primaria tuvo como predominio posible deterioro, donde los evaluados con nula escolaridad mostraron un desempeño parecido a los pacientes con demencia leve. En conclusión, al reducirse el desempeño de este grupo conforme se incrementa la edad, en los otros grupos de mayor escolaridad el descenso es a partir de los 65 años en adelante y se presenta según autor de manera discreta en la UMF 16 de Veracruz – México.

Así mismo, Gómez, Bonnin, Gómez, Iglesias, Yáñez y González (2002) con el presente estudio, realizaron una investigación para caracterizar clínicamente los pacientes con deterioro cognitivo y reportaron un índice mayor de pacientes con nivel de escolaridad primario que los de escolaridad superior, señalando que los sujetos con alto nivel de educación, presentan un menor riesgo de deterioro de las funciones cognitivas y lo mencionan en su definición de “reserva neuronal”, donde a mayor educación presentan mayores sinapsis corticales, de esa manera hacerle frente al deterioro provocado por la pérdida neuronal, particularidades del envejecimiento y la demencia.

Belón & Soto (2015), mencionan que la educación establece un factor protector para no padecer demencia, porque a mayor escolaridad va originar una considerable conectividad neuronal de manera sólida.

(Ardel et al., 2006) los sujetos con reserva cognitiva, estarían en la facultad de tolerar los efectos de una patología, antes de llegar al umbral donde los

síntomas clínicos empiezan a presentarse. El bajo nivel de educación relacionado con un analfabetismo, es el factor de riesgo más relevante para padecer una demencia (Cámero – Pardo, 2000).

En la presente investigación se puede observar un máximo puntaje en el grado de instrucción superior con el nivel normal, lo que indican algunos autores que el poseer más años de estudios, tiene un efecto significativo en la función cognitiva, lo que se relaciona con la reserva cognitiva, siendo esta un protector del deterioro cognitivo. No obstante se presentó niveles bajos en la instrucción primaria y secundaria, con lo que se deduce una mayor probabilidad de padecer de una demencia.

Con relación a los resultados obtenidos sobre la variable perfil cognitivo de acuerdo al estado civil, que con estado civil casada(o) respecto al perfil cognitivo presentan un nivel normal en un 20.63%, un nivel de deterioro leve del 23.81%, un nivel de deterioro moderado del 1.59% y un 0.0% en cuanto al nivel de deterioro severo; los de estado civil soltera(o) presentan un nivel normal del 19.05%, nivel deterioro leve del 9.52%, nivel de deterioro moderado y severo 0.00%, en cuanto a los que tienen un estado civil viuda(o) presentan un nivel normal del 17.46%, un el nivel de deterioro leve del 6.35%, un nivel de deterioro moderado de 1.59% y nivel de deterioro severo del 0.00%.

En similitud Belón & Soto (2015) mencionan que los solteros presentan mayor desempeño en relación a los casados, Así mismo, no se encontró mayor relación en el desempeño cognitivo de los sujetos de la población geriátrica de Arequipa.

Portillo (2015) difiere con este estudio, menciona que los adultos mayores casados, registran un menor DCL, que no tiene concordancia con el nivel socio económico, evidenciando que es un factor que no tiene influencia en el deterioro cognitivo en adultos con edad avanzada. De la misma manera Aguirre (2014), discrepa con este estudio, menciona que las viudas del sexo femenino entre las edades de 75 a 79 años, presentan factores de riesgo para desarrollar deterioro cognitivo moderado. De igual manera García (2017) refiere que los viudos son considerados como factor de riesgo para que se manifieste el deterioro en la

función cognitivo. Así mismo Hakansson y col. (2012) mencionan que los sujetos que tenían pareja en el transcurso de la mitad de su vida (4ta y 5ta década) mostraron menos DCL al tener mayor edad.

En el presente estudio, los grupos de solteros y viudos presentan un mayor porcentaje en el nivel normal, pero también muestran un nivel bajo de deterioro leve en ambos grupos. Mientras que el grupo de los casados presentan un alto índice de deterioro leve por lo que a este grupo se le puede considerar como factor de riesgo para manifestar un declive en la función cognitiva.

## **Conclusiones:**

**Primera:** el nivel del perfil cognitivo que predomina es el deterioro leve con un 55.56%, los resultados indican en su mayoría un declive del rendimiento cognoscitivo para su edad, lo que podría deberse a múltiples factores.

**Segunda:** en la dimensión orientación el 66.67% de los evaluados presentan un predominio en el nivel normal, lo que favorece que tengan contacto con la realidad y una mayor comprensión con lo que les rodea.

**Tercera:** el perfil cognitivo, de la dimensión registro presenta un nivel normal con un 84.13%, lo que indica que la memoria inmediata se encuentra preservada, con un adecuado rendimiento cognitivo.

**Cuarta:** el nivel del perfil cognitivo que predomina es el deterioro severo en la dimensión de atención y cálculo con un 42.86%, lo que advierte un déficit de los recursos atencionales y un declive del rendimiento cognoscitivo.

**Quinta:** en la dimensión evocación el 33.33% de los evaluados presenta un nivel de deterioro moderado, lo que explica un bajo rendimiento en el área evaluada, lo que determina una disminución de la función cognitiva.

**Sexta:** la dimensión de lenguaje del perfil cognitivo presentan un nivel normal con un 87.30%, es decir que en su mayoría presentan el área preservada con un buen nivel de comprensión y adecuada comunicación lingüística.

**Séptima:** el grupo etario de 78 a 86 años presentó un nivel alto de deterioro leve, lo que afirma que a más edad existe un mayor riesgo de padecer una demencia.

En el sexo existe un predominio de las mujeres con relación a los hombres. Aunque, ambos muestran niveles promedio en el deterioro de la función cognitiva.

El grado de Instrucción muestra un nivel alto de instrucción superior normal, que indica que a más estudios existe un efecto significativo en la función cognitiva.

En el estado civil, los casados muestran un nivel alto de deterioro leve en relación a los solteros y viudos, mientras que ellos evidencian un nivel de preponderancia normal en relación a los casados.



## **Recomendaciones**

- Se utilizó para la evaluación una prueba de tamizaje, que si bien discrimina entre una situación normal y patológica, es poco específica, por lo que, se sugiere realizar una exploración y evaluación neurológica más exhaustiva.
- Se recomienda establecer un programa de estimulación cognitiva para mejorar las áreas afectadas y mantener las que se encuentran preservadas a fin de favorecer su rendimiento cognitivo.
- Se sugiere hacer un análisis minucioso en diversos contextos culturales, para comprobar si se mantienen las diferencias.
- Se recomienda promover un envejecimiento activo y saludable en las personas con edad avanzada mediante campañas de proyección social a través de los gobiernos locales y con ello contribuir en mejorar su salud y calidad de vida.

## **CAPITULO V. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **5.1 Denominación del programa**

“Taller de estimulación cognitiva aplicado a adultos mayores que manifiestan deterioro en las funciones superiores”.

### **5.2 Justificación del programa**

Morel Aby (2017) menciona que dentro de las funciones que realiza el cerebro está la de procesar la información, la que debe registrarse en la memoria. No obstante en el periodo del envejecimiento esta capacidad de recordar se encuentra en muchos casos seriamente afectada. Por lo que es importante mencionar que el cerebro se puede estimular a cualquier edad, mediante el entrenamiento mental, lo que contribuye a desarrollar la memoria, el pensamiento y la creatividad.

La estimulación cognitiva en los adultos mayores de 60 años, permite acrecentar sus capacidades cognitivas. También, mejoran los niveles de plasticidad neuronal, se incrementa el potencial cognitivo e incluso puede prevenir enfermedades mentales. Además, mediante un constante ejercicio cerebral en el entrenamiento de las funciones cognitivas como: atención, memoria, percepción, cálculo, lenguaje, se puede preservar la agudeza mental. Así mismo, menciona que debemos de impulsar algunas prácticas para potencializar las habilidades cognitivas como: leer, memorizar refranes, realizar ejercicios de cálculo mental, ordenar palabras, jugar ajedrez u otros juegos de mesa, compartir una vida familiar, una buena alimentación, así como realizar ejercicios físicos como caminatas entre otros.

López, López & Ariño (2002) manifiestan que en la actualidad no existe mejor tratamiento que el entrenamiento cognitivo, para afrontar el deterioro multifuncional y preservar las capacidades cognitivas menos afectadas, lo que permite mejorar el estado de ánimo del sujeto y extender el periodo de autonomía, logrando así elevar su autoestima.

Se da énfasis en la aplicación de este programa de estimulación, porque puede ralentizar la progresión del déficit en las personas mayores que se encuentran afectadas.

La estimulación cognitiva se explica como el conjunto de métodos y estrategias orientadas a mantener o mejorar la eficiencia del funcionamiento cognitivo. También, consiste en la rehabilitación por medio del cual, las personas que se encuentran discapacitadas por una enfermedad o lesión, trabajan con profesionales, familia, amigos para lograr el máximo bienestar físico, psicológico y social. Con lo que se busca lograr una mejoría a nivel emocional, entrenando a las personas a reutilizar habilidades instauradas y también ejercitar como usar los recursos externos, logrando mantener por más tiempo las habilidades conservadas.

La estimulación cognitiva no sólo se centra en la parte cognitivo, sino también cabe resaltar que existen factores importantes dentro del ser humano que se toman en cuenta como la afectividad, la conducta, lo social, familiar. Además, de lo biológico, interviniendo en la persona de manera integral. Así creemos necesario ejecutar una intervención que contribuya con las terapias no farmacológicas.

Por todo lo expuesto es de suma importancia establecer un plan de intervención, con lo observado en los resultados obtenidos en la evaluación a los adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel, quienes requieren mejorar los déficits en las áreas de memoria, atención y cálculo, así como preservar las otras áreas no afectadas, para un adecuado funcionamiento. Debemos tener en consideración que estas actividades contribuyen en su autonomía y la de mejorar su calidad de vida.

#### **5.2.1. Ventajas y utilidad:**

- Permite ralentizar la progresión del deterioro cognitivo, como resultado del entrenamiento.
- Ayuda a incrementar su autonomía, mejorando su calidad de vida.
- Contribuye a mantener activo el cerebro.

### **5.3 Establecimiento de objetivos**

#### **5.3.1. Objetivo General**

- Mantener las funciones cognitivas conservadas el mayor tiempo posible, con el fin de preservar su autonomía y calidad de vida en los adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel, en el distrito de San Isidro.

#### **5.3.2. Objetivos específicos**

- Concientizar en los adultos mayores la importancia del trabajo efectuado en el programa, buscando así su adherencia al mismo.
- Fortalecer las áreas afectadas de la función cognitiva, a fin de mejorar y disminuir su dependencia.
- Fomentar la interrelación entre los adultos mayores, lo que favorece la cohesión del grupo, permitiendo la participación de sus miembros.
- Comprometer a la familia o cuidador en involucrar al adulto mayor en actividades que pueda realizar en casa, de esta manera mejorar su autoestima, evitando caer en la tristeza y aislamiento.

### **5.4 Sector al que se dirige:**

La realización de este programa de intervención está dirigido a una población de 63 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 60 y 86 años de edad, que pertenecen a un programa social de una Iglesia Cristiana en el distrito de San Isidro. Cuya muestra al ser evaluada presenta niveles de deterioro en la función cognitiva. El trabajo va estar a cargo de un profesional de psicología clínica.

## **5.5 Establecimiento de conductas problemas / conductas metas**

Los resultados de la evaluación nos permiten identificar las capacidades conservadas y el nivel de deterioro en las áreas cognitivas de memoria, atención y cálculo, las cuales se consideran como las más afectadas.

### **Conductas problemas**

- Pequeños olvidos como donde dejaron algunos objetos: llaves, dinero, entre otros.
- No tomar sus pastillas en las horas que corresponden.
- Dificultad de estimar el precio relativo de los objetos en actividades de compra o venta.

### **Conductas meta**

Las conductas que se esperan alcanzar con el plan de intervención son las siguientes:

- Que realicen sus compras con un adecuado uso del dinero para el cambio.
- Que los olvidos sean cada vez más esporádicos, para desenvolverse con mayor autonomía.
- Que puedan permanecer activos la mayor parte del tiempo.

## **5.6 Metodología de la Intervención**

Método activo – participativo.

Donde se favorece el aprender, crear y fomenta la responsabilidad en los adultos mayores. También, se impulsan las técnicas del trabajo en equipo y se planteen objetivos con la participación de todos los miembros de la congregación, los cuales implican desarrollar asociaciones, abstracciones, relaciones, fórmulas, estrategias, conclusiones entre otros, lo que va permitir ejercitar sus capacidades para poder desempeñarse activamente y mantener su autonomía.

Además, posibilita un espacio donde los adultos mayores pueden analizar y expresar sus emociones, lo que permite su bienestar emocional.

## Duración del programa

Se ha desarrollado un plan de intervención con 9 sesiones, que se realizará una vez por semana, con un tiempo de duración de 1 hora y 30 minutos. Donde se van a trabajar las áreas cognitivas de la memoria, atención y cálculo, las cuales requieren mejorar sus déficits cognitivos para un adecuado funcionamiento. Además, se reforzarán las otras áreas preservadas a fin de que se mantengan.

## **5.7 Instrumentos/ materiales a utilizar**

### Recursos materiales:

- Útiles de escritorio: Papel bond A4, lápiz, colores, borrador, tajador, tijeras, plumones delgados y gruesos.
- Un ambiente amplio y ventilado.
- Equipos: Laptop, proyector, usb.
- Un juego de bingo.
- Internet
- Videos
- Control de asistencia
- Otros: sillas, mesas, pizarra.

### Recursos humanos:

- La persona responsable de poner en ejecución el plan de intervención y dos asistentes.

## 5.8 Actividades por sesión

### TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO A ADULTOS MAYORES QUE MANIFIESTAN DETERIORO EN LA FUNCIÓN MENTAL

#### SESIÓN 1

**OBJETIVO:** Estimular la atención y memoria. Además, fortalecer la interacción social del adulto mayor.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación, bienvenida, concientización.	El responsable del taller, se identificará y manifestará sus palabras de bienvenida, luego explicará sobre la importancia de la actividad, para estimular las capacidades cognitivas y fortalecer la interacción social.		5
Dinámica: “La telaraña”	Se realizará una dinámica entre los participantes, lo que permitirá un inicial reconocimiento e interacción grupal de una forma entretenida, tendrá un tiempo de 15 minutos de duración y está disponible en el siguiente enlace: <a href="http://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/presentacion/dinamica-la-telarana/">http://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/presentacion/dinamica-la-telarana/</a> Se les solicitará a los adultos mayores que estando de pie, formen una ronda. Se le pedirá a una persona tome la madeja de lana, se presente y mencione cuál es su afición o pasatiempo y al concluir se lo debe pasar o arrojar a otro participante, hasta que todos los participantes se hayan presentado. Quedará la representación de una telaraña o red, donde todos están interconectados, usamos esta imagen para hacer una analogía de las interrelaciones personales.	madeja de lana	15
Ejercicios de Atención focalizada	Se estimula la atención mediante un ejercicio donde se le indicará al sujeto que deberá encerrar todos los números siete que logre identificar (ver anexo 07).	hoja de ejercicio y plumones	30
Ejercicios de memoria a corto plazo	Se les mostrarán diferentes imágenes, por espacio de 10 segundos y luego el sujeto tendrá que recordar que fue lo que observó.	Imágenes	
Ejercicios de memoria a largo plazo	Se les pide a los sujetos que intenten contestar las siguientes preguntas. (ver anexo 08)	hoja de ejercicios y lápiz	
Recuerdo	Se les indicará formar tríos donde deben crear una historia con una anécdota o acontecimiento importante de su vida de una manera jocosa, luego lo escribirá en una hoja que se le entregará y elegirán un representante para compartirlo, brindándole los aplausos por su intervención.	hoja bond y lápiz	20
Compartir la experiencia del taller	Al concluir, se invita al grupo a compartir su experiencia en el taller, destacando lo aprendido.		20

## **SESIÓN 2**

**OBJETIVO:** Estimular la atención y cálculo (Agilidad mental) y trabajar la organización visual y praxia constructiva.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Se expresa un cordial saludo a los asistentes y se les exhorta a tomar conciencia e interés por el buen funcionamiento de las capacidades cognitivas.		10
Dinámica “Relajación progresiva de Jacobson”	Se observó en el desarrollo de la primera sesión a un grupo de participantes con cierta tensión por lo que se realizó una terapia de relajación progresiva, que según estudios aporta en el mejoramiento del bienestar psicológico logrando la “calma”, dando resultados positivos y que los participantes se encuentren con mayor disposición y comodidad para realizar sus ejercicios de estimulación cognitiva. Además se mencionará sobre la importancia de respirar correctamente. Este archivo está disponible en el siguiente enlace:  <a href="https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf">https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf</a>  Concluido el ejercicio el sujeto debe manifestar su experiencia vivida.	Una silla	20
Ejercicios de atención y cálculo	Se les estimulará en el área de atención y cálculo mediante un ejercicio dándoles las siguientes indicaciones: se deberán tachar todas las letras b que se encuentren en la siguiente tabla, luego contarán el número de letras tachadas en cada fila y anotarán el resultado en la casilla correspondiente. (ver anexo 09)	hoja de ejercicio y lápiz	30
	De igual forma se les pedirá que escriban el resultado de las siguientes sumas y restas (ver anexo 10)	hoja de ejercicio y lápiz	
Ejercicios de cálculo y memoria semántica	Así mismo, se les indicará que enlacen con una línea todos los números de menor a mayor y luego escribirán desde el número 85 hacia atrás, de 2 en 2 hasta el número 35. Siguiendo con el ejercicio de memoria semántica, recordarán y escribirán 12 nombres de las ciudades del Perú.(ver anexo 11)	hoja bond y lápiz	
Ejercicios de organización visual	A los participantes se les pedirá formar grupos de tres, donde a cada grupo se le entregará un juego de rompecabezas grande para que lo puedan armar con el apoyo del grupo. De esta manera se fomenta el trabajo en equipo en el cumplimiento del objetivo planteado.	1 juego de rompecabezas	20
Ejercicios de Visoconstrucción	Se les pedirá a los participantes completar los dibujos de acuerdo al modelo. (ver anexo 12) Al finalizar cada participante comenta su experiencia en la sesión.	hoja de ejercicio y lápiz	10



### **SESIÓN 3**

**OBJETIVO:** Ejercitar diferentes tipos y procesos de la memoria, estimular la percepción, atención y lenguaje.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Saludo, ejercicios de memoria episódica.	Después de expresar un cordial saludo de bienvenida, se les indicará que realizarán un ejercicio: donde recuerden un hecho concreto o experiencia personal en su adolescencia, puede ser su primer amor, el día de su boda, el nacimiento de sus hijos o un lugar donde hayan viajado, etc. Así mismo, se les entregará una hoja para anotar los hechos, para luego compartirlo. Después de cada exposición, se les brindará un aplauso por su participación.	hojas bond, lapiceros.	25
Dinámica de juego "Campos semánticos"	En esta dinámica ejercitaremos la memoria semántica, mediante este juego que consiste en escoger un campo semántico determinado: alimentos, bebidas, muebles entre otros. Una vez elegida la persona que dará inicio, se le hace entrega de una pequeña pelota, luego deberá mencionar una palabra determinada que se encuentre incluida en el campo semántico. Ejemplo: si son bebidas pueden ser agua, jugo, vino, etc. así se pasarán la pelota de uno a otro e irán mencionando las palabras sugeridas, hasta que uno de ellos no recuerde una palabra para ser mencionada. <a href="https://www.lifeder.com/juegos-para-ejercitar-la-memoria/">https://www.lifeder.com/juegos-para-ejercitar-la-memoria/</a>	una pelota pequeña	20
Ejercicios de atención selectiva	Se estimulará la atención selectiva, mediante un ejercicio, dándoles las siguientes indicaciones: Deberán fijarse en el número que corresponde a cada uno de los símbolos y luego rellene el cuadro inferior. (ver anexo 13)	una hoja de ejercicios y un lápiz	35
Ejercicios de percepción y memoria visual	Se les indicará que tratan de recordar los cuadros coloreados al lado izquierdo de la hoja de ejercicios. Luego se procederá a doblar la hoja y la persona tendrá que reproducir el modelo que vio en el cuadro de al lado. (ver anexo 14)	hoja de ejercicios, colores.	
Ejercicios de Memoria a corto plazo	Se les pedirá que lean este texto en voz alta y con mucha atención, luego tendrá que recordarlo y contestar algunas preguntas referentes al texto. (ver anexo 15)	hoja de ejercicios, lapicero.	
Ejercicios de Lenguaje	Se estimula la función del lenguaje mediante un ejercicio, donde se le pide formar palabras usando solamente las letras consignadas. (ver anexo 16)	hoja de ejercicios, lápiz	
	Culminando la actividad se realizará un diálogo sobre la experiencia en esta sesión.		10

## **SESIÓN 4**

**OBJETIVO:** Estimular la asociación, atención, visualización y memoria para fortalecer las diversas áreas cognitivas.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Previo saludo de bienvenida, se acoge a los participantes felicitándolos por su constancia y trabajo permanente en el grupo.		10
Dinámica “Adivina qué es”	Se les indicará a los participantes que para realizar este juego, se esconde un objeto en una bolsa o bajo una tela y la persona debe describirlo mediante el tacto. El resto de los participantes tiene la tarea de adivinar de qué objeto se trata. Disponible en el siguiente enlace: <a href="https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/">https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/</a>  Con este juego trabajamos la memoria táctil y el lenguaje.	Una bolsa de tela Un objeto	20
Ejercicios de Memoria a corto plazo.	Se colocarán 15 objetos pequeños en una mesa (abanico, lapicero, plato, pulsera, lentes, aretes, etc.) y se les pedirá a los participantes que observen dichos objetos con mucha atención, durante 2 minutos, luego estos objetos serán cubiertos y posteriormente a cada equipo se les entregará una hoja para realizar una lista de los objetos que recuerden. Después se procederá a descubrirlo para verificar los elementos observados.	15 objetos pequeños	40
Ejercicios de atención focalizada	Se les pedirá a los participantes que observen con detenimiento y luego en estos dibujos deberán encontrar 5 diferencias, las cuales escribirán en la hoja de ejercicios (ver anexo 17).	hoja de ejercicios y un lápiz.	
Ejercicios de asociación	De la misma forma se le indicará que enlace con una flecha los dibujos de cada columna que estén relacionados entre sí.(ver anexo 18)	hoja de ejercicios y un lápiz.	
Ejercicios de memoria visual.	Se les pedirá a los participantes observar en la hoja de ejercicios la imagen inferior, mientras la ve, vaya diciendo en voz alta lo que observa y así se le grabará mejor. Luego tratando de recordar todos los detalles responderá a las siguientes preguntas. (ver anexo 19)	hoja de ejercicios y un lápiz	10
	Al terminar la sesión se realizará una reflexión sobre la importancia de estar atento antes de emitir una respuesta.		10

## **SESIÓN 5**

**OBJETIVO:** Mantener y estimular la orientación, concentración, lenguaje, comprensión y la expresión verbal.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Saludándolos cordialmente, se les felicitará por la constancia y la actitud positiva que muestran en el trabajo efectuado, lo que repercutirá en su propio beneficio.		10
Dinámica "Palabras encadenadas"	Se les explicará a los participantes que esta actividad consiste en ir encadenando palabras de tal forma que la última sílaba de una palabra sea el comienzo de la siguiente. Ejemplo: mesa, salero, ropa, patineta, taza, y así sucesivamente. Disponible en el enlace: <a href="https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/">https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/</a>  Mediante esta dinámica se ejercita: la memoria, lenguaje y razonamiento lógico.		20
Ejercicios de concentración y memoria	Se les pide a los participantes que se concentren en el siguiente dibujo, donde ayudarán al sol a encontrar a la luna. También, estimulando la memoria deberán escribir lo que podemos encontrar en una nevera. (ver anexo 20)	hoja de ejercicios y un lápiz.	50
Ejercitando la Orientación temporal	Se les pide a los participantes que al realizar el ejercicio observarán las fechas y las irán uniendo con una flecha de la más antigua a la más reciente. Además, de llenar los datos con fechas personales y fechas festivas (ver anexo 21).	hoja de ejercicios y un lápiz.	
Ejercicios de Lenguaje Denominación Y evocación Categorical	Se les indicará que en el ejercicio de lenguaje deberán poner debajo de cada imagen el nombre del objeto que represente (ver anexo 22).  Así mismo, se les pide, que escribirán palabras que empiecen con las sílabas: Ga, Ma, To, y luego que deberán completar la palabra a partir de la definición (ver anexo 23)	hoja de ejercicio y un lápiz.  hoja de ejercicios y un lápiz.	
	Al término de la actividad se realiza una reunión manifestando los participantes sus experiencias y avances.		10

## **SESIÓN 6**

**OBJETIVO:** Favorecer la capacidad de atención y concentración. Así mismo, ejercitar la función ejecutiva a través del cálculo: razonamiento y resolución de problemas.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Previo saludo cordial, se les pide a todos que participen de la dinámica prestando mucha atención.		5
Dinámica “Cada oveja con su pareja”	Se les indicará a los participantes que este juego consiste en agrupar todos los elementos de una misma categoría, los cuales se presentan mezclados encima de una mesa. Como botones de diferentes tamaños y colores, los que se tienen que agrupar, contabilizar y transcribir en una hoja. Todos los participantes tienen que apoyar para cumplir el objetivo. Adaptado y disponible en el siguiente enlace: <a href="https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/">https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/</a>  Ejercita: Coordinación viso-manual y cálculo.	Botones de diversos tamaños y colores.	25
Ejercicios de Atención y concentración	Se les indicará a los participantes que se fijen en los números de la hoja de ejercicios y que lo escriban de forma inversa (ver anexo 24).	hoja de ejercicios y un lápiz.	50
	También, Se les pedirá a los asistentes colorear un mandala siguiendo las indicaciones que se les proporcionará a continuación: en la imagen existe una leyenda de números donde cada uno corresponde a un color, de esta manera se completará el mandala y concluirá el ejercicio (ver anexo 25).	hoja de ejercicio y un lápiz	
Ejercicios de Cálculo	A modo de juego se les pedirá a los participantes, rellenar cada una de las casillas de la ficha de sumas en serie, sumándole el valor que se indica en la flecha (ver anexo 26).	hoja de ejercicios y un lápiz.	
	Se les pedirá a los concurrentes realizar los siguientes ejercicios de multiplicación y resolución de problemas (Anexo 27).	hoja de ejercicios y un lápiz.	
	Se les expresa satisfacción por lo que van logrando y se sugiere reforzar en casa algunos ejercicios.		10

## **SESIÓN 7**

**OBJETIVO:** Reforzar e incorporar hábitos de aseo a su vida diaria.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Previo saludo cordial, se les dará a los presentes una introducción al tema, explicándoles la importancia de la higiene personal y de mantener un cuidado permanente, lo que repercutirá en un envejecimiento saludable.		15
Dinámica ¿A qué huele?	Se colocarán en una mesa una serie de objetos y sustancias en diferentes recipientes, por ejemplo: jabón, pasta dental, colonia. Donde se les indicará a los participantes que van a elegir a un representante. A este sujeto se le taparán los ojos y deberá averiguar qué objeto es a través del aroma que desprende. Terminada la dinámica se compartirá un diálogo sobre la importancia que le dedicamos al cuidado del aspecto externo y que de ello va depender la comodidad y el buen estado de ánimo. (Adaptada) <a href="https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/">https://www.lifeder.com/juegos-para-personas-mayores/</a>  Ejercita: memoria y concentración.	útiles de aseo	20
Video: “Necesidad de higiene en el adulto mayor”	Se les pedirá a los presentes toda su atención para proyectarles un video de 5 minutos de duración, referente a la necesidad de higiene en el adulto mayor. Luego se les hace algunas preguntas de lo que han observado en el video a fin de fijar algunas ideas del contenido para un mejor auto cuidado. Video disponible en el enlace: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=8TQGfYPzAKw">https://www.youtube.com/watch?v=8TQGfYPzAKw</a>	1 Proyector y una laptop	45
Ejercicios de Memoria semántica	Se les pide a los participantes que escriban en una lista: ¿Cuáles son los útiles de aseo y cuál es su utilidad?	1 hoja bond y un lápiz.	
	Hacemos una retroalimentación de los cuidados que hemos aprendido, donde cada uno realiza un comentario y alguna experiencia que desee compartir.		10

## **SESIÓN 8**

**OBJETIVO:** Reforzar los vínculos familiares.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Se les dará la bienvenida a todos, especialmente a los familiares asistentes a la sesión y se les compartirá una charla respecto a la familia y la importancia de reforzar sus vínculos afectivos. Compartiendo en un inicio con sus saberes previos. Al finalizar se les entregará un tríptico con información sobre el tema y algunas recomendaciones que se compartirán en la siguiente sesión.	1 Proyector y una Laptop, usb.	25
Dinámica "Te regalo un abrazo"	Se le entregará a cada miembro de familia, hojas con dibujos de parejas de animalitos. Quienes deberán colocarse un dibujo sobre el pecho. El juego consiste en que, al ritmo de la música, todos se pongan a bailar con su dibujo en el pecho, hasta que la canción se detenga, luego tendrán que correr en busca de sus familiares, especialmente dirigirse a la persona que lleva el mismo dibujo que él, para darle un cariñoso abrazo. Luego intercambiarán las hojas pintadas, para que todos los miembros de la familia se abracen con todos.  Disponible en el siguiente enlace: <a href="http://www.piccolouniverse.com/juegos-para-compartir-en-familia-y-mejorar-la-convivencia/">http://www.piccolouniverse.com/juegos-para-compartir-en-familia-y-mejorar-la-convivencia/</a>	hojas pintadas con parejas de animalitos.	15
Exhibición del mural	Se les mostrará a los familiares o cuidadores los trabajos realizados por los participantes durante las sesiones, los cuales están en un mural por orden de apellido. Además, se les informará sobre sus avances y lo importante que es la presencia de su familia para ellos.	1 Mural, chinchas.	20
Actividad Lúdica "Bingo"	Se les explica a los presentes sobre la importancia de esta actividad lúdica y que deben concentrarse y escuchar con atención las siguientes indicaciones: se procederá a entregarles a los concurrentes, las respectivas tarjetas de bingo y se les indicará que los números se irán cantando de uno en uno, hasta que uno de los presentes complete el cartón y proceda a gritar "Bingo", recibiendo luego un estímulo como premio.	Tarjetas de bingo (fruta como premio)	20
	Al culminar la sesión se les pide a los familiares y participantes que nos relaten sus experiencias durante la sesión y se les pide para la siguiente sesión traer un compartir.		10

## **SESIÓN 9**

**OBJETIVO:** Comprometer a la familia o cuidador en involucrar al adulto mayor en actividades que él pueda realizar de acuerdo a sus posibilidades.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Se les dará la bienvenida a todos, especialmente a los familiares asistentes a la sesión quienes con su participación demuestran el amor que le profesan a sus padres, esposos, abuelitos y se les comparte una charla respecto a la importancia de integrar al adulto mayor en las actividades que él pueda realizar de acuerdo a sus posibilidades. Luego se establece un debate, sobre las opiniones que tienen sobre los temas tratados.	1 Proyector y una Laptop.	30
Dinámica “Fortalecer la empatía entre los miembros del hogar”.	Los participantes que voluntariamente quisieran actuar, realizarán un Role Play donde reflejarán una escena familiar que quisieran mejorar en casa, donde van a expresar sus dolencias y alegrías.	Pelucas, periódico, sillas, escoba, etc.	15
Exposición de una habilidad	Los adultos mayores con mucho agrado y entusiasmo prepararán un número de su interés y habilidad para sus familiares, como por ejemplo: cantar, tocar guitarra, recitar, exponer sobre un tema. Lo que fortalece su autoestima y confianza en sí mismo.	1 Proyector y una Laptop, usb.	25
	Se disfruta de un compartir con bocaditos que traen los familiares de los participantes donde se da por finalizadas las sesiones. Pidiéndoles reforzar en casa todo lo aprendido.		20

Al finalizar se realizará una encuesta a los participantes para conocer si el taller fue de su agrado y que beneficios han obtenido con él.

## Referencias bibliográficas

- Abarca, J., Chino, B., Llacho, M., González, K., Mucho, K., Vásquez, R., Cárdenas, C., & Soto, M. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3 (1), 7-14.
- Abizanda, P., López-Jiménez, E., López-Ramos, B., Romero, L., Sánchez-Jurado, P. M., León, M., Martínez-Sánchez, E. (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5), 238-243 Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.018>
- Aggarwal, N.T., Wilson, R. S., Beck, T. L., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2005). Mild cognitive impairment in different functional domains and incident Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76 (11), 1479 – 1484. Recuperado: <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.053561>
- Aguirre, A. (2014) Factores socio familiares y capacidad funcional asociados al nivel cognitivo de adultos mayores de un centro integral de Lambayeque. Diciembre, 2014. Universidad Privada Juan Mejía Baca. Lambayeque. Perú.
- Aizpurua, A., & Koutstaal, W. (2015). A matter of focus: Detailed memory in the intentional autobiographical recall of older and younger adults. *Consciousness and Cognition*, 33, 145–155.
- Albert, M. S., Dekosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Felman, H. H., Fox, N. C., Phelps, C.H. (2011a). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recomendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association Workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 7 (3), 270-279. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>



- Alzheimer's Association, A. (2015). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's and dementia*, 11(3), 459-509. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.02.003>
- Alzheimer Association. (2016). Alzheimer's Disease facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016, 12(4), 1-80. Recuperado de:
- Anderson, V., Northam, E., Hendy, J., et al. (2001) Developmental neuropsychology; a clinical approach. Hove, UK: Psychology Press.
- Avila, M., Vásquez, M., & Gutierrez, M. (2007) Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencias Holgín*, XIII (4), 1-11.
- Barahona, M., Villasán, A., & Sánchez, D. (2014) Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (dcl) disputes and. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 47-53.
- Barulli, D., & Stern, Y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: Emerging concepts in cognitive reserve. *Trends in Cognitive Sciences* (10) 502-9 Recuperado de: Sciences. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.08.012>
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva Barcelona: Gedisa. Caps.1-16.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression *Journal of Cognitive Psychotherapy. An Internacional Quarterly*, 1 (1), 5-37.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D., Pretzer, J., Fleming, B., Ottaviani, R., et al. (2007). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2 aed.) New York: Guilford.
- Belón, V. & Soto, M. (2015) Perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa. Universidad Católica San Pablo. Lima, Perú.
- Bondi, M. W., Edmonds, E. C., Jak, A. J., Clark, L. R., Delano-Wood, L., McDonald, C. R., ... Salmon, D. P. (2014). Neuropsychological Criteria for Mild Cognitive Impairment Improves Diagnostic Precision,

Biomarker Associations, and Progression Rates. *Journal of Alzheimer's disease*, 42(1), 275–289. <https://doi.org/10.3233/JAD-140276>.

Bossú, P., Ciaramella, A., Salani, F., Vanni, D., Palladino, L., Caltagirone, C., & Scapigliati, G. (2010). Interleukin-18, from neuroinflammation to Alzheimer's disease. *Current Pharmaceutical Design*, 16(38), 4213-4224. Recuperado de: <https://doi.org/10.2174/138161210794519147>

Camargo-Hernández, K. & Laguado-Jaime, E. (2017) Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga- Santander, Colombia. *Rev. Universidad y salud*. Vol. 19 (2) 163 – 170.

Campbell, N.L., Unverzagt, F., La Mantia, M. A., Khan, B. A., y Boustani, M. A. (2013). Risk Factors for the progression of Mild Cognitive Impairment to Dementia. *Clinics in geriatric medicine*, 29, 873-893.

Carpenter, P. A., Miyaki, A. & Just, M. A. (1994). Working memory constraints in comprehension: Evidence from individual differences, aphasia and again. En M. Gernsbacher (ed.), *Handbook of Psycholinguistics*, San Diego, C. A.: Academic Press, pp. 1075-1122.

Cloutier, S., Chertkow, H., Kergoat, M. J., Gauthier, S., & Belleville, S. (2015). Patterns of cognitive decline prior to dementia in persons with mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 47(4), 901-913.

Custodio et al., (2012) Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia. *Anales de la Facultad de Medicina UMSM*. (Vol.73) 4.

Chávez, L & .Núñez, I. (2013) Tamizaje del deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período abril-septiembre del 2011. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.

Chertkow, H., Feldman, H. H., Jacova, C., & Massoud, F. (2013a). Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular

cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia, 5(Suppl 1), 1-8.

Christensen, H., (2001). What cognitive changes can be expected with normal ageing? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 768-775.

De la Cruz, A., (2007) Deterioro cognitivo del adulto mayor en un consultorio médico de familia. Portales medicos.com. (668) 1-3

Dixon RA. (2000).The basic mechanisms accounting for age-related decline in cognitive function. In S. N. Park DC (Ed.), *Cognitive Aging* (pp. 23–42). Philadelphia: Psychology Press.

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J. y Zamarrón, M.D. (1999): Qué es Psicología de la vejez. Madrid, Biblioteca Nueva.

Fisher, G. G., Chaffee, D. S., Tetrick, L. E., Davalos, D. B., Potter, G. G., Tetrick, L. E., ... Potter, G. G. (2017). Cognitive Functioning, Aging, and Work: A Review and Recommendations for Research and Practice. *Journal of Occupational Health Psychology*.

García, O. (2017) Perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social en una iglesia cristiana del distrito de San Martín de Porres. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.

Geda, Y. E., Cockerill, R., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Pankratz, V. S., Boeve, B., Petersen, R. C. (2010). Apathy and depression in mild cognitive impairment and the outcome of dementia: The Mayo Clinic Study of Aging. *Alzheimer's & Dementia*, 6(4), S79–S80.

Geda, Y. E., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Petersen, R. C., Christianson, T. J. H., Pankratz, V. S., Rocca, W. A. (2008). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging: population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 65(10), 1193–8.

- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In *Brain aging: Models, methods, and mechanisms*. (pp. 3–20). Recuperado de: <https://doi.org/10.1201/9781420005523.sec1>
- Greenwood (2007) functional plasticity in cognitive aging: review and hypothesis. *Neuropsychology*, 21(6), 657-673.
- Gómez, N., Bonnin, B., Gómez, M., Yáñez, B. y González, A. (2002). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina* 2003; 42(1):12-7
- Håkansson, K., Rovio S., Helkala EL, Vilska AR, Winblad, B., Soininen, H. Nissinen, A., Mohammed, AH, Kivipelto M. (2012). Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study. *British Medical Journal*. 339:b2462.
- Henao-Arboleda, E., Moreno-Carrillo, C., Ramos, V., Aguirre-Acevedo, D., Pineda, D. y Lopera, F. (2010). Caracterización de síntomas neuropsiquiátricos en DCL de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 5(2): 153-159.
- Hernández, M. (2013) Relación entre la función cognitiva y valores de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos que acuden a la consulta de medicina interna en el consultorio Guada Lacau 2012-2013. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014) *Metodología de la Investigación*. México D.F, México. Interamericana editores, S.A.de C.V.
- INEI (2001) Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 – 2050. Boletín de Análisis demográfico N° 36 Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Bol36-Estimaciones-Proyecciones-1950-2050.pdf>
- Jara, M. (2008). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22(2), 4-14.

- Kane, M. J., Hasher, L., Stoltzfus, E. R., Zacks, R. T., & Connelly, S. L. (1994). Inhibitory attentional mechanisms and aging. *Psychology and Aging*, 9(1), 103–12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.1.103>
- Kinsella, K., Velkoff, V.A. (2001) An aging world. *Dialnet Vol.57*, (6) pag.928.
- Kempler, D., Teng, E. L., Dick, M., Taussig, I. M., & Davis, D. S. (1998). The effects of age, education, and ethnicity on verbal fluency. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 4(6), 531–538.
- Kral, V. A. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86, 257–260.
- Landes, A. M., Sperry, S. D., & Strauss, M. E. (2005). Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17(3), 342–349.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- López, Á. G., y Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 220-224.
- Márquez-Bouchán A., Guatemala-Pineda, F & Gonzales, A. (2017) Fibrilación auricular en el paciente geriátrico: frecuencia, factores asociados y relación con el deterioro cognitivo y funcional. *Archivos en Medicina Familiar. Vol. 20*(1) 35-40.
- Moncada, L. (2014) Efecto protector del consumo de cafeína sobre el deterioro cognitivo en personas de edad avanzada en el hospital Victor Lazarte Echegaray. Trujillo-Perú.
- Morel, A. (2017) La importancia de la estimulación cognitiva en el adulto mayor. *Info.Geriatrik. Noticias Gerontológicas*. Recuperado de <http://infogeriatri-k.com/news/?p=2642>

- Naciones Unidas, Departamento the Economía y Asuntos Sociales, D. de población. (2015). *World Population Ageing*. Recuperado de: <https://doi.org/ST/ESA/SER.A/390>
- Nash et al. (2013) Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural, de la Universidad Veracruzana, México.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. & Villagómez A. (2013) *Metodología de la Investigación Científica y Elaboración de Tesis*. Lima, Perú. Centro de Producción Editorial e Imprenta de la Universidad Mayor de San Marcos.
- Olivera-Pueyo, J., Pelegrín-Valero C. (2015) Prevención y tratamiento del deterioro cognitive leve. *Psicogeriatría* 5 (2) 45-55.
- OMS (2012) la salud mental y los adultos mayores- Wold Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
- OMS (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=1919DEC57DFA96E19A834C5216ED934A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=1919DEC57DFA96E19A834C5216ED934A?sequence=1)
- Ortiz C. (2014) Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz. Instituto mexicano del seguro social. Universidad Veracruzana. Departamento de estudios de post grado. México.
- Palloni, A., Pinto-Aguirre, G., Peláez, M. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin American and the Caribbean. *PubMed*, (4) 762-71.
- Park, D. C., Lautenschlager, G., Hedden, T., Davidson, N. S., Smith, A. D., & Smith, P. K. (2002). Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology and Aging*, 17(2), 299–320.

- Peña & Lillo, S. (2012) Envejecimiento normal y patológico. *REV. GPU*; 8 (2), 192-194.
- Petersen, R. C., Jack, C. R., Xu, Y. C., Waring, S. C., O'Brien, P. C., Smith, G. E., ... Kokmen, E. (2000). Memory and MRI-based hippocampal volumes in aging and AD. *Neurology*, 54(3), 581–7.
- PLANPAM -2013-2017, Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección de personas adultas mayores. Recuperado de: [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/politicas\\_nacionales/5\\_PlanNacional\\_de\\_AdultoMayor\\_2006-2010.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/politicas_nacionales/5_PlanNacional_de_AdultoMayor_2006-2010.pdf)
- Portellana, J. A., (2005), *Introducción a la Neuropsicología*. Aravaca, Madrid. Derechos reservados@2005, respecto a la primera edición en español por McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Portillo, P. (2015) Factores de Riesgo para el deterioro cognitivo leve en Maracaibo (tesis doctoral) Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Rabbit, A., McInnes, L., Diggle, P., Holland, F., Bent, N., Abson, V., Horan, M. (2004). The University of Manchester Longitudinal Study of Cognition in Normal Healthy Old Age, 1983 through 2003. *Aging, Neuropsychology, and cognition*, 11(2-3), 245-279.
- Reyna, M., Gonzáles, M., López, F. y Gonzáles, G. (2014). Demencias, una visión panorámica. Temas derivados del V Simposio de Medicina Geriátrica realizado el 5 y 6 de septiembre del 2014. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>
- Rosselli, M., & Ardila, A., (1992) Historia de la Neuropsicología infantil. *Rev. EduPsykhé*, vol. 15, (1), 5-13.
- Ruff, R. M., Light, R. H., Parker, S. B., & Levin, H. S. (1997). The Psychological Construct of Word Fluency. *Brain and Language*, 57(3), 394–405.

- Rush, B. K., Barch, D. M., & Braver, T. S. (2006). Accounting for cognitive aging: context processing, inhibition or processing speed? *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*, 13(3–4), 588–610.
- Shafte, M. a, Burke, D. M., Stamatakis, E. a, Tam, P. P., & Tyler, L. K. (2007). On the tip-of-the-tongue: neural correlates of increased word-finding failures in normal aging. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(12), 2060–70.
- Salthouse, T. A., & Madden, D. J. (2015) Information processing speed and aging. In deluca & J.H. Kalma (ED), Information processing speed in clinical populations 221-242.
- Salthouse, T. a. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403–428. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.3.403>.
- Santrok, J. (2001). Psicología de la educación. México: McGraw Hill.
- Satz, P., Cole, M. a, Hardy, D. J., & Rassovsky, Y. (2011). Brain and cognitive reserve: mediator(s) and construct validity, a critique. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(1), 121–130. <https://doi.org/10.1080/13803395.2010.493151>.
- Sewell, M. C., Luo, X., Neugroschl, J., & Sano, M. (2013). Detection of mild cognitive impairment and early stage dementia with an audio-recorded cognitive scale. *International Psychogeriatrics / IPA*, 25(8), 1325–33.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6).
- Terry, A., Callahan, P., Hall, & Webster, S. (2011) Alzheimer's disease and age-related memory decline (preclinical). *Science Direct Vol.99*, (2) 190-210.



- Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L., & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: Fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*, 51(8), 471–480.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.-O., Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240–246.

## **ANEXOS**

# ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO N° 1									
MATRIZ DE CONSISTENCIA									
TÍTULO: Perfil cognitivo en los adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018									
AUTOR: SUSANA MILAGROS HUAMÁN RETAMOZO									
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLES E INDICADORES							
Problema Principal	Objetivo Principal	Variable: Perfil Cognitivo				Categorías			
		Dimensiones	Indicadores	Ítems		Medición de la variable Perfil Cognitivo			
¿Cuál es el perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social de la iglesia bíblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018?  Problemas específicos	Determinar el perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social de la iglesia bíblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018	Orientación	<b>Temporal:</b> Ubicación en tiempo  <b>Espacial:</b> Ubicación en el lugar geográfico donde se ubica.	1,2,3,4,5  6,7,8,9 10	5 puntos  5 puntos	Normal = 9 a 10 Deteriore leve = 6 a 8 Deteriore moderado = 3 a 5 Deteriore severo = 0 a 2		Puntajes obtenidos en la Escala Mini-mental de Folstein (1975) Puntuación Total	
	Identificar el nivel de Orientación en los adultos mayores de un programa social de la iglesia bíblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018	Registro	<b>Memoria Inmediata:</b> Recordar datos apenas unos segundos antes.	11,12,13	3 puntos	Normal = 2.25 a 3 Deteriore leve = 1.5 a 2.24 Deteriore moderado = 0.75 a 1.4 Deteriore severo = 0 a 0.74		•27 puntos o más: Normal. Considerada valoración normal	
	Identificar el nivel de Registro (Memoria inmediata) en los adultos mayores de un programa social de la iglesia	Atención y Cálculo	Capacidad de fijación, atención y Cálculo	14,15,16 17,18	5 puntos	Normal = 3.75 a 5 Deteriore leve = 2.5 a 3.74 Deteriore moderado = 1.25 a 2.4 Deteriore severo = 0 a 1.24		•26 a 24 puntos: Deteriore Leve	
								•23-16 puntos: Deteriore cognitivo moderado.	

biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018?	biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018	Recuerdo	Memoria a corto plazo: recordar palabras que se mencionaron en otro momento	19,20,21	3 puntos	Normal = 2.25 a 3 Deteriore leve = 1.5 a 2.24 Deteriore Moderado = 0.75 a 1.4 Deteriore Severo = 0 a 0.74	• Menos de 15 puntos. Deteriore cognitivo severo
¿Cuál es el nivel de Atención y Cálculo en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018?	Identificar el nivel de Atención y Cálculo en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018	Lenguaje y Construcción	<b>Nominación:</b> Denominar 2 objetos que se le muestran	22,23	2 puntos	Normal = 6.75 a 9 Deteriore leve = 4.5 a 6.74 Deteriore moderado = 2.25 a 4.4 Deteriore severo = 0 a 2.24	
¿Cuál es el nivel de Recuerdo en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018?	Identificar el nivel de Recuerdo en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018		<b>Repetición:</b> Repite una frase después que el evaluador lo mencione	24	1 punto		
¿Cuál es el nivel de Lenguaje en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018?	Identificar el nivel de Lenguaje en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018		<b>Comprensión:</b> Se indican 3 órdenes simples que pueda realizar	25,26,27	3 puntos		
¿Cuál es el nivel de Lenguaje en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018?	Identificar el nivel de Lenguaje en los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018		<b>Lectura:</b> lea la orden de cerrar los ojos y obedezca	28	1 punto		
¿Cuál es el perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018 según sexo, edad, grado de instrucción y estado civil?	Identificar el perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social de la iglesia biblica Emmanuel en el distrito de san isidro - 2018 según sexo, edad, grado de instrucción y estado civil		<b>Escritura:</b> Se le pide escribir una oración que tenga sujeto y predicado.	29	1 punto		
			<b>Dibujo</b> <b>Visuoespacial:</b> Copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados	30	1 punto		



<p><b>TIPO:</b> <b>Descriptivo</b> Los estudios descriptivos se orientan a precisar las propiedades, características y los perfiles de los sujetos, grupos o comunidades de cualquier fenómeno que se analice. Especifica tendencias de un grupo o población. Su objetivo es describir variables y analizar su incidencia. Solo intenta medir o reunir información independiente o conjunta sobre las variables a las que se describe, su fin no es advertir como se vinculan éstas.</p>	<p><b>POBLACIÓN: Censal</b> La población está constituida por personas de edad avanzada entre 60 y 86 años de edad, que pertenecen a un programa de la iglesia bíblica Emmanuel del distrito de San Isidro.</p> <p><b>TIPO DE MUESTRA:</b> Es censal, es decir el 100% de la población fue evaluada en la medida que integra el total de la población.</p> <p><b>TAMAÑO DE LA MUESTRA:</b> La muestra característica de la población ha sido sesenta y tres (63) adultos mayores formada por 52 mujeres y 11 hombres, donde las edades oscilan entre 60 y 86 años, quienes asisten frecuentemente al programa social "ministerio gente sabia" de la iglesia bíblica Emmanuel del distrito de San Isidro. El tamaño de la muestra fue establecido aplicando un tipo de muestreo no probabilístico, que también recibe el nombre de muestras dirigidas y tienen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación.</p>	<p><b>VARIABLE: Perfil cognitivo</b> <b>Técnicas:</b> Mediante la aplicación de un cuestionario y la ficha socio demográfica.</p> <p><b>Instrumento:</b> Se utilizó el del Mini mental State Examination (MMSE) adaptado por el neurólogo peruano Nilton Custodio, un instrumento neuropsicológico de tamizaje incluida de las escalas cognitivas – conductuales; Aquí el sujeto contesta a un cuestionario de 30 ítems y fue aplicado a adultos mayores.</p> <p><b>Autor</b> Folstein y Mchugh (1975) Adaptado por Nilton Custodio (2008)</p> <p><b>Ámbito de aplicación</b> Programa social "Ministerio Gente Sabia" de la Iglesia bíblica Emmanuel del distrito de San Isidro. Forma de administración: Individual</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b> Se procederá a un análisis descriptivo con los resultados obtenidos mediante una prueba estadística los que se presentaran en los respectivos cuadros estadísticos y gráficos.</p> <p><b>Presentación de datos</b> Se realizará con toda la información presentada, tablas de frecuencia, tablas de consistencia, además de gráficos que permitan identificar la proporción de datos o respuestas disponibles para su análisis.</p>
<p><b>DISEÑO:</b> <b>Diseño no experimental, transversal</b> La investigación realizada sería diseño no experimental transversal donde no se construye ninguna situación, salvo situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por quien realiza la investigación. Así las variables independientes suceden y no se pueden manipularlas, no se ejerce un control directo sobre ellas, tampoco es posible intervenir sobre ellas porque ya ocurrieron al igual que sus consecuencias no hay manipulación intencional, ni asignación al azar.</p> <p><b>ENFOQUE: Cuantitativo</b> Se utiliza la recolección de datos para justificar la hipótesis, con el fundamento en el cálculo numérico y el análisis estadístico, para construir modelos de comportamiento y demostrar teorías, también mencionan que está orientación es secuencial y probatoria.</p>			

## ANEXO N° 2 Carta de Presentación a la Institución Cristiana



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**

**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 6 de Marzo del 2018

Carta N° 432 -2018-DFPTS

**Pastor**  
**GILBERT RODRIGUEZ**  
**ASOCIACION IGLESIA BIBLICA EMMANUEL**

Atención: Sra. Aída Mideiros

Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **HUAMAN RETAMOZO SUSANA MILAGROS**, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 09351614-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



*Ramiro*  
Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/hzv.  
Id. 828668

*Gilbert*  
Gilbert Ferrández  
Asistente Ministerio Generaciones



Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304

## ANEXO N° 3 INSTRUMENTO ADAPTADO POR CUSTODIO (2008)

### EXAMEN MENTAL MINIMENTAL STATE EXAMINATION FOLSTEIN 1975

#### ORIENTACIÓN

¿Qué fecha es hoy?	Año.....
¿Qué día de la semana es hoy?	Estación.....
¿En que mes estamos?	Fecha.....
¿En que estación del año estamos?	Día.....
¿En que año estamos?	Mes.....
¿Dónde estamos?	País.....
¿En qué dirección estamos?	Ciudad.....
¿En que ciudad estamos?	Distrito.....
¿En que departamento/región estamos?	Piso.....
¿En que país estamos?	Nombre.....

#### REGISTRO

Le voy a nombrar tres cosas tres palabras. Después que yo las diga quiero que Ud. las repita. Trate de recordarlas porque dentro de unos minutos le voy a pedir que las nombre otra vez:

Pelota.....Bandera.....árbol

#### ATENCIÓN Y CÁLCULO

Comenzando de 100 réstele 7. Luego siga restando 7 del resultado que obtenga hasta que le diga deténgase.

93.....86.....79.....72.....65.....

Si es negativo, se sustituye por el siguiente ejercicio

Deletree la palabra MUNDO de atrás hacia adelante.

.....O.....D.....N.....U.....M

#### EVOCACIÓN

Dígame las tres palabras que antes repitió.

Pelota.....Bandera.....Árbol.....

#### LENGUAJE

##### Nominación

¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz).....¿Qué es esto? (mostrarle un reloj).....

##### Repetición

Quisiera que repitiera esta frase después de que yo la diga

"La mazamorra tiene duraznos y guindones".....

##### Orden de tres comandos

Le voy a dar un papel y cuando se lo de:

Tome este papel con la mano izquierda.....

Dóblelo por la mitad, y .....

Devuélvame con la mano derecha".....

##### Lectura

Lea las palabras que dice en la hoja y luego haga lo que dice:

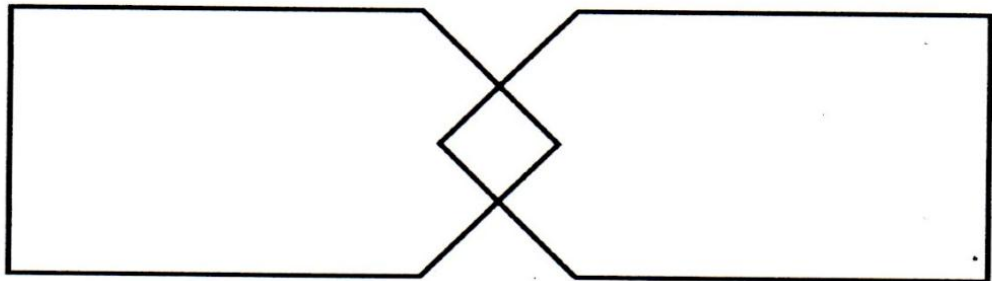
CIERRE LOS OJOS:.....

##### Escritura

Escriba cualquier oración completa en este papel (La oración debe contener sujeto y verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).

**Praxis constructiva**

Aquí hay una figura. Copie esta figura





ANEXO N° 4 Ficha sociodemográfica



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

**FICHA SOCIODEMOGRAFICA**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación Actual \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción: ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado o Conviviente ☐ Viudo

Actividades Cotidianas:

¿Tiene el hábito de leer? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo le dedica? \_\_\_\_\_

Realiza cotidianamente actividades fuera del hogar (Nro. Veces) \_\_\_\_\_

Tiene un círculo de amigos, se reúne frecuentemente, pertenece a algún club

y/o asociación: Si ☐ No ☐ A veces ☐ Nunca ☐

Estado de salud:

¿Padece alguna enfermedad crónica? \_\_\_\_\_

¿Se considera Ud. víctima de la violencia contra el adulto mayor dentro de su

Hogar? Si ☐ No ☐ A veces ( )

Muchas Gracias por su Colaboración

## ANEXO N° 5 Consentimiento informado



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El motivo de la hoja del Consentimiento Informado es dar a conocer a los participantes de este estudio los motivos principales por la cuales están siendo evaluados, además, el propósito al que se quiere llegar. La siguiente evaluación es para conocer Perfil cognitivo que es la variable del estudio cuantitativo a realizarse para el Programa de Suficiencia Profesional, estudio que está siendo dirigido Susana Milagros Huamán Retamozo bachiller en Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Para la evaluación correspondiente se requiere la participación voluntaria de cada participante por medio de este documento la cual es una formalidad que garantiza el uso de los resultados obtenidos mediante esta escala y ficha para el uso netamente científicos, haciendo reserva de los datos personales de cada participante. Por otro lado, cualquier pregunta respecto a esta evaluación y sus resultados puede darse previo contacto con mi persona al correo [sumhre@gmail.com](mailto:sumhre@gmail.com). o por otro lado puede proceder a no resolver esta evaluación.

Sin embargo, si usted desea continuar con la evaluación se le solicitará responder a las preguntas a continuación, teniendo un promedio aproximado de 20 minutos para resolverlos. Si decide ser parte de la siguiente investigación y conceder su consentimiento informado, deberá firmar en la parte inferior de este documento.

---

Firma del participante

## ANEXO N° 6 VALORES DE INTERPRETACIÓN

Tabla 14

*Valoración del Perfil cognitivo*

Perfil cognitivo	30 ítems
Normal	22.5 - 30
Deteriore leve	15 - 22.4
Deterioro cognitivo moderado	.5 - 14
Deterioro cognitivo severo	0 - 7.4

Tabla 15

*Valoración de la Orientación*

Orientación	10 ítems
Normal	9 - 10
Deteriore leve	6 – 8
Deterioro cognitivo moderado	3 - 5
Deterioro cognitivo severo	0 – 2

Tabla 16

*Valoración del Registro*

Orientación	3 ítems
Normal	2.25 – 3
Deteriore leve	1.5 –2.248
Deterioro cognitivo moderado	0.75 – 1.4
Deterioro cognitivo severo	0 – 0.74

Tabla 17

*Valoración Atención y cálculo*

Registro	5 ítems
Normal	(3.75 - 5)
Deteriore leve	(2.5-3.74)
Deterioro cognitivo moderado	(1.25-2.4)
Deterioro cognitivo severo	(0-1.24)

Tabla 18

*Valoración de la Evocación*

Evocación	3 ítems
Normal	(2.25-3)
Deteriore leve	(1.5-2.24)
Deterioro cognitivo moderado	(0.75-1.4)
Deterioro cognitivo severo	(0-0.74)

Tabla 19

*Valoración del Lenguaje*

Evocación	9 ítems
Normal	(6.75-9)
Deteriore leve	(4.5-6.74)
Deterioro cognitivo moderado	(2.25-4.4)
Deterioro cognitivo severo	(0-2.24)

## ANEXO N° 7 EJERCICIOS DE ATENCIÓN FOCALIZADA

Rodea con círculos todos los números que encuentres como este:

7

6	1	7	5	0	4	9	8	0	7	6	8	9	8	0
4	9	0	3	2	1	7	5	2	8	4	3	5	7	3
7	5	2	8	6	8	5	1	4	5	1	0	2	3	9
9	2	8	1	7	3	4	6	9	2	9	7	4	6	4
3	0	3	9	8	9	2	3	7	6	3	6	0	2	1
8	7	6	2	3	7	6	9	8	3	5	2	1	5	8
1	6	1	0	4	0	1	2	1	9	7	9	8	1	5
0	3	4	7	9	5	8	0	5	4	0	4	7	9	2
5	8	5	6	1	2	3	7	3	1	2	1	6	4	6
2	4	9	4	5	6	0	4	6	0	8	5	3	0	7

## ANEXO N° 8 EJERCICIOS DE ATENCIÓN Y MEMORIA A LARGO PLAZO

DÍA DE LA SEMANA	NÚMERO DÍA	MES	AÑO	ESTACIÓN



1. ¡Vamos a refrescar la memoria! Intente contestar las siguientes preguntas:

¿Cuál es la estación del año que hace más frío?

---

¿Cuál es el actual presidente del gobierno?

---

¿En qué mes se celebra pascua?

---

¿Cómo se llama el profesional que pinta las paredes?

---

¿Cuántos lados tiene un cuadrado?

---

¿Cuál es la capital de Francia?

---

¿Cuál es el cuarto día de la semana?

---

¿Cuál es la tercera letra del abecedario?

---

¿Dónde se echan las cartas?

---

Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva “Volver a empezar” L. Tárraga y M. Boada (eds.)

## ANEXO N° 9 Ejercicios de atención

### Ejercicio de atención

- 1- Tache todas las letras **b** que encuentre en la siguiente tabla.
- 2- Cuente el número de letras tachadas en cada fila y anote el resultado en la casilla gris correspondiente.
- 3- Sume el resultado de todas las filas y anote el resultado en el recuadro TOTAL.

1	p	b	b	d	p	d	b	p	p	d	3
2	b	p	d	p	d	d	p	b	p	d	
3	b	d	d	b	p	p	b	b	d	p	
4	p	b	p	d	b	d	b	d	b	b	
5	b	p	d	p	p	p	b	b	p	p	
6	d	b	p	b	b	d	d	p	b	d	
7	b	p	d	p	d	p	d	p	p	p	
8	b	d	p	d	b	d	b	d	b	b	
9	p	d	d	b	p	b	p	b	d	d	
10	b	p	d	b	d	p	b	b	d	b	
11	p	b	d	p	b	d	p	d	d	p	
12	b	d	d	d	b	p	p	b	b	d	
13	p	b	b	b	p	b	d	p	d	b	
14	d	b	p	d	p	d	b	b	p	b	
15	b	d	b	p	b	p	d	p	b	p	
16	d	d	p	p	d	b	p	b	d	b	
17	b	b	d	b	p	b	b	d	b	p	
18	p	d	b	b	b	d	p	b	d	b	
19	d	b	p	d	d	p	d	b	p	d	
20	d	b	b	d	p	b	b	d	d	p	
21	b	p	d	d	p	p	p	b	b	p	
22	p	b	d	d	p	b	d	d	p	b	
TOTAL											

Las soluciones son:

1ª fila: 3      2ª fila: 2      3ª fila: 4      4ª fila: 5      5ª fila: 3      6ª fila: 4      7ª fila: 1  
 8ª fila: 5      9ª fila: 3      10ª fila: 5      11ª fila: 2      12ª fila: 4      13ª fila: 5      14ª fila: 4  
 15ª fila: 4      16ª fila: 3      17ª fila: 6      18ª fila: 5      19ª fila: 2      20ª fila: 4      21ª fila: 3  
 22ª fila: 3      TOTAL: 80

74 página

Cuadernos de Ejercicios Estimulación cognitiva de Esteves. Madrid, España.

**ANEXO N° 10 Cuadernos de Ejercicios Estimulación cognitiva de Esteves.  
Madrid, España.**

## Ejercicio de cálculo

**1-** Realice las siguientes sumas y restas:

$\begin{array}{r} + \quad 5892 \\ \quad 4371 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + \quad 418231 \\ \quad 149538 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + \quad 60486 \\ \quad 84052 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} - \quad 5892 \\ \quad 4371 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} - \quad 558 \\ \quad 327 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} - \quad 11350 \\ \quad 10834 \\ \hline \end{array}$

**2-** Realice la suma de cada lista de artículos comprados.

SUPERMERCADO	FERRETERÍA
Fruta ..... 11 euros	Martillo ..... 9 euros
Carne ..... 18 euros	Clavos ..... 11 euros
Limpieza ..... 7, 50 euros	Cuerda ..... 3,50 euros
Pescado ..... 25, 79 euros	Pegamento... 10, 35 euros
TOTAL .....	TOTAL .....

---

Respuestas al ejercicio 1:	Sumas:	10263	Restas:	1521
		567769		231
		144538		516
Respuestas al ejercicio 2:	Supermercado:	62,29 euros	Ferretería:	33,85 euros



## ANEXO N° 11 EJERCICIO DE CÁLCULO Y MEMORIA

**4-** Escriba **12** nombres de ciudades:

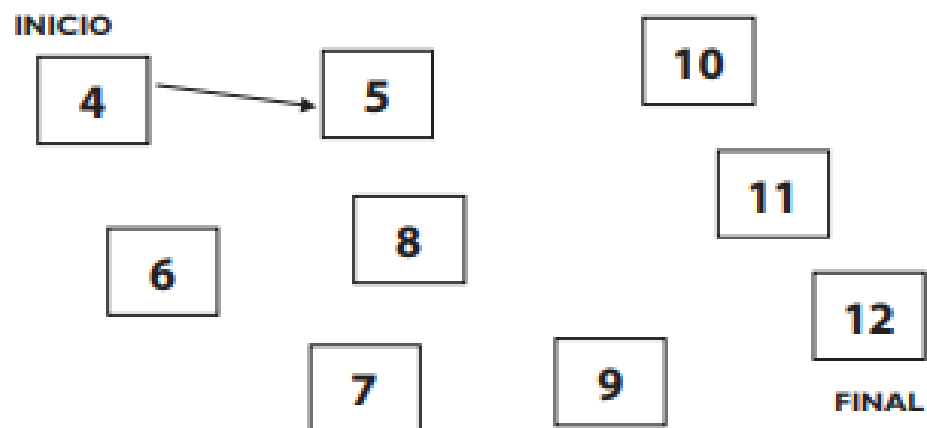
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**5-** Escriba desde el **85** hacia abajo de **2** en **2** hasta el **35**.

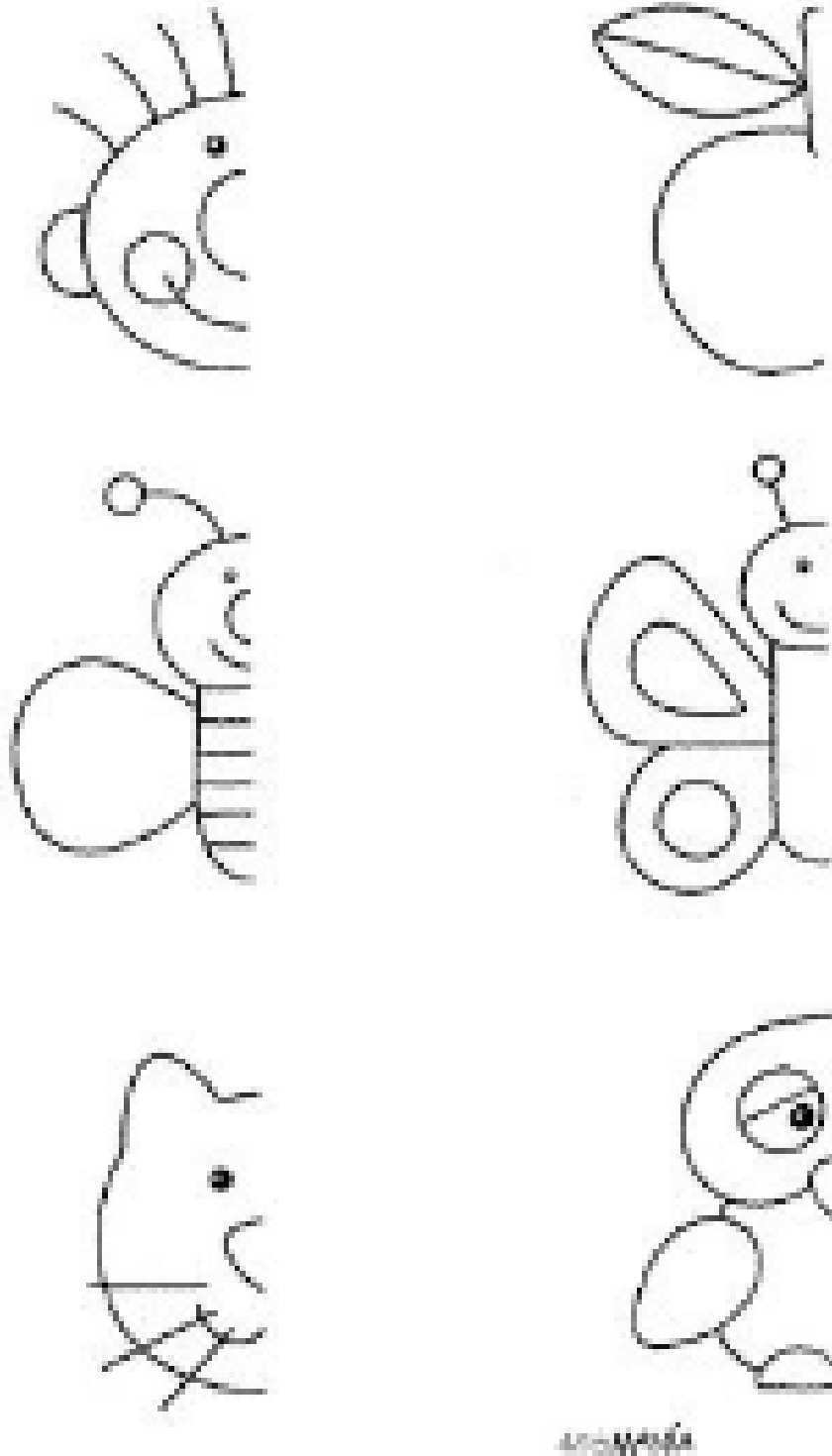
85 - 83 - 81 - .....

.....
.....
.....

**6-** Enlace con una línea todos los números de menor a mayor.



## ANEXO N° 12 VISOCONSTRUCCIÓN









Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva “Volver a empezar” L. Tárraga y M. Boada (eds.)



















## ANEXO N° 13 ATENCIÓN SELECTIVA

4. Escriba el número que corresponde debajo de cada dibujo, siguiendo el patrón mostrado en el ejemplo.

Ejemplo:

					
1	2	3	4	5	6

Ejercicio:

					
5	1				
					
					


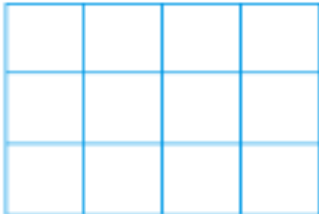

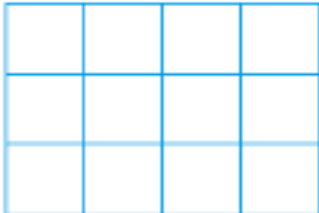




• ¿Cuántas veces aparece...?

- La piruleta:
- El biberón:
- La vela o cirio:
- El cigarro:

• ¿Aparece algún instrumento musical? \_\_\_\_

Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva "Volver a empezar" L. Tárraga y M. Boada (eds.)

## ANEXO N° 14 EJERCICIO DE PERCEPCIÓN Y MEMORIA VISUAL

<p>Trata de recordar los cuadros coloreados. Dobla la hoja y crea el modelo en el cuadro de al lado.</p> <p style="text-align: right;"><b>3 COLORES</b></p>	
	
	
	
	

Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva “Volver a empezar” L. Tárraga y M. Boada (eds.)

## ANEXO Nº 15 EJERCICIO DE ATENCIÓN Y MEMORIA A CORTO PLAZO

**1-** Lea este texto en voz alta y con atención, luego tendrá que recordarlo.

### ATENCIÓN Y MEMORIA

Yo nací en Cádiz, en el famoso barrio de la Viña, que no es hoy, ni menos era entonces, academia de buenas costumbres. La memoria no me da luz alguna sobre mi persona y mis acciones en la niñez, sino desde la edad de seis años; y si recuerdo esta fecha, es porque la asocio a un suceso naval del que oí hablar entonces: el combate del cabo de San Vicente, acaecido en 1797.

La sociedad en la que yo me crié era de lo más rudo, incipiente y soez que puede imaginarse, hasta tal punto, que los chicos de la Caleta éramos considerados como más canallas que los que ejercían igual industria y desafiaban con igual brío los elementos en Puntales. Y por esta diferencia, uno y otro bando nos considerábamos rivales y, a veces, medíamos nuestras fuerzas en la Puerta de Tierra con grandes y ruidosas pedreas, que manchaban el suelo de heroica sangre.

*Texto extraído de Trafalgar, de Benito Pérez Galdós.*

**2-** ¿En qué ciudad nació el protagonista?

.....

.....

**3-** ¿En qué año ocurrió el combate del cabo de San Vicente?

.....

.....

**4-** ¿Cómo eran considerados los chicos de la Caleta?

.....

.....

**5-** ¿Dónde medían sus fuerzas los chicos de la Caleta y los de Puntales?

.....

.....

22 *Página*

Cuadernos de Ejercicios Estimulación cognitiva de Esteves. Madrid, España.

## Ejercicio de lenguaje

1- Forme palabras usando solamente las letras siguientes:

**S - R - O - P - A - N - I - R - A - D - E - A**

Por ejemplo: PANADERA. Recuerde que no puede utilizar otras letras.

*Panadera*

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Póngase nota: Bien (si ha escrito diez o más)  
Regular (si ha escrito menos)

2- Forme palabras usando solamente las letras siguientes:

**F - U - E - S - T - A - R - E - L - O - P**

Por ejemplo: PUERTA. Recuerde que no puede utilizar otras letras.

*Puerta*

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Póngase nota: Bien (si ha escrito diez o más)  
Regular (si ha escrito menos)

## 19- Ejercicios de atención

En estos dibujos deberás encontrar las 5 diferencias



Cuadernos de Ejercicios Estimulación cognitiva de Esteves. Madrid, España.

## Ejercicio de asociación

1- Enlace con una flecha los dibujos de cada columna que estén relacionados entre sí.



2- Escriba 4 frases en las que aparezcan palabras relacionadas del ejercicio anterior.  
Por ejemplo:

*La mesa y la silla están hechas de madera.*

.....

.....

.....

.....



## ANEXO N° 19 Cuadernos de Ejercicios Estimulación cognitiva

### Ejercicio de visualización

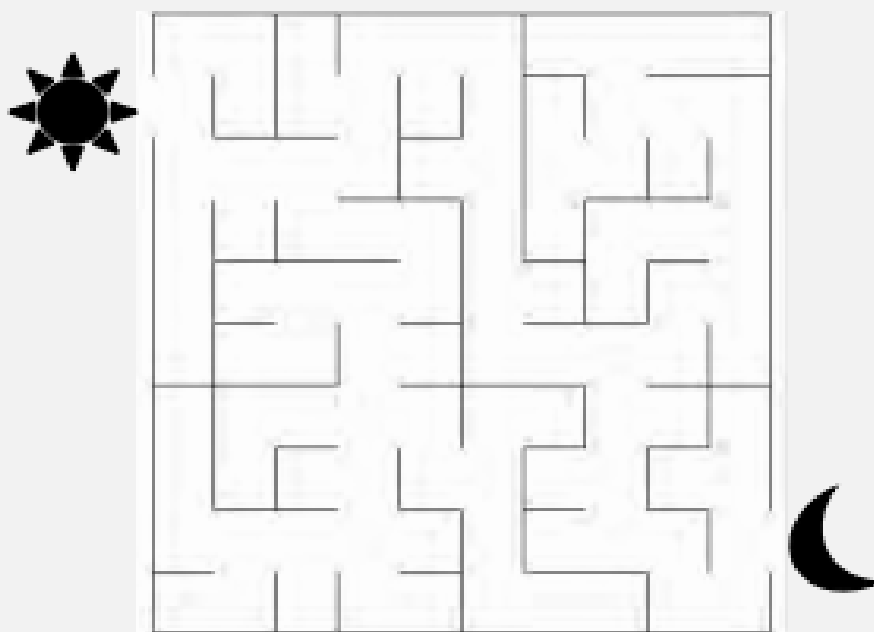
- 1- Observe con detenimiento la imagen inferior.
- 2- Mientras la ve, vaya diciendo en voz alta lo que observa y así se le grabará mejor. Por ejemplo, diga: "en la imagen hay una habitación con una cama, dos sillas de madera, una mesilla, varios cuadros colgados de la pared..."



- 3- Cierre los ojos e imagínesse la imagen durante unos instantes, tratando de recordar todos los detalles.
- 4- Tape la imagen y responda a estas preguntas:
  - ¿Cuántas sillas hay en la habitación? .....
  - ¿Cuántas ventanas hay? .....
  - ¿Dónde está situada la mesilla? .....
  - ¿Cuántos cuadros hay colgados? .....
  - ¿En qué lado de la habitación está situada la cama? .....
  - ¿Qué hay encima de la mesilla? .....
  - ¿Cuántas puertas pueden verse en la imagen? .....
  - ¿Qué hay colgado en la pared de la izquierda? .....

## ANEXO N° 20 Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva

4. ¡Ayude al sol a encontrar a la luna!



5. Escriba qué podemos encontrar en una nevera:

---

---

---

---

---

---

## Ejercicio de orientación

**1-** Fijese en las siguientes fechas y vaya uniéndolas con una flecha de MÁS ANTIGUA A MÁS RECIENTE:

5 de marzo de 1941

21 de abril de 2012

20 de octubre de 2010

6 de julio de 2012

25 de febrero de 1958

15 de octubre de 2010

2 de enero de 2013

3 de junio de 1974

25 de mayo de 1999

**2-** Escriba las siguientes fechas personales (día, mes y año):

Su nacimiento: .....

Su boda: .....

Nacimiento de su madre: .....

**3-** Escriba la fecha de las siguientes festividades (día y mes):

Navidad: .....

San José: .....

Día del Pilar / Fiesta Nacional: .....

Día de Todos los Santos: .....

Día de la Constitución: .....

Día del Trabajo: .....

## ANEXO N° 22 EJERCICIO DE LENGUAJE - DENOMINACIÓN

VOLVER A EMPEZAR

### L.3. DENOMINACIÓN

**I. Ponga** debajo de cada imagen el nombre del objeto que represente.



55

Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva “Volver a empezar” L. Tárraga y M. Boada (eds.)

## ANEXO N° 23 EJERCICIO DE LENGUAJE Y EVOCACIÓN CATEGORIAL

### LENGUAJE

**II. Complete** la palabra a partir de la definición.

DEFINICIÓN	PALABRA
• El árbol que da dátiles como frutos	P _ _ _ _ _
• Construcción para pasar de un lado a otro de un río	P _ _ _ _ _
• Edificio con murallas y fosos	C _ _ _ _ _ O
• Mover el remo para impulsar una embarcación	R _ _ _ _ _
• Planta que se usa para fumar	T _ _ _ _ _
• Piedra preciosa de color rojo	R _ _ _ _ _
• Dibujos grabados con tinta en la piel humana	T _ _ _ _ _
• Duelo por la muerte de una persona	L _ _ _ _ _
• Pieza de hierro que se clava en los cascos de los caballos	HE _ _ _ _ _
• Señora que se dedica a cocinar	C _ _ _ _ _ A
• Animal con alas y plumas	P _ _ _ _ _ O

### L.4. EVOCACIÓN CATEGORIAL

**I. Escriba** palabras que empiecen por las sílabas:

GA	MA	TO
<b>GAto</b>	<b>MAdre</b>	<b>TOro</b>
LA	SE	CA
<b>LAna</b>	<b>SErvilleta</b>	<b>CAsa</b>

## Ejercicio de atención

**1-** Fíjese en los números siguientes y escribalos de forma inversa.

**2-** Ejemplo: 5 6 4 7 el inverso es: 7 4 6 5

6 2 5 el inverso es .....

4 7 6 8 2 el inverso es .....

6 9 1 7 3 el inverso es .....

7 2 6 5 6 3 7 el inverso es .....

4 9 7 8 4 6 4 6 5 el inverso es .....

6 7 4 9 4 2 5 3 6 el inverso es .....

5 4 1 3 6 8 2 6 7 el inverso es .....

6 4 8 6 6 2 5 1 3 el inverso es .....

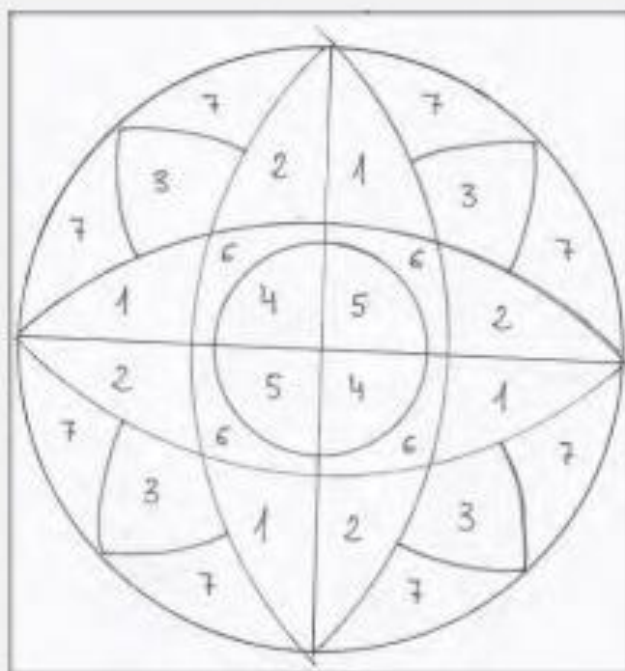
5 6 4 7 8 8 2 2 5 el inverso es .....

4 5 6 3 5 6 1 5 7 el inverso es .....

3 6 8 9 7 8 3 1 6 el inverso es .....

## ANEXO N° 25 EJERCICIO DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

5. ¡Saque los colores! Coloree el siguiente mándala siguiendo las indicaciones que se dan a continuación.



- 1→ ROJO
- 2→ AZUL
- 3→ VERDE
- 4→ NARANJA
- 5→ AMARILLO
- 6→ MORADO
- 7→ ROSA

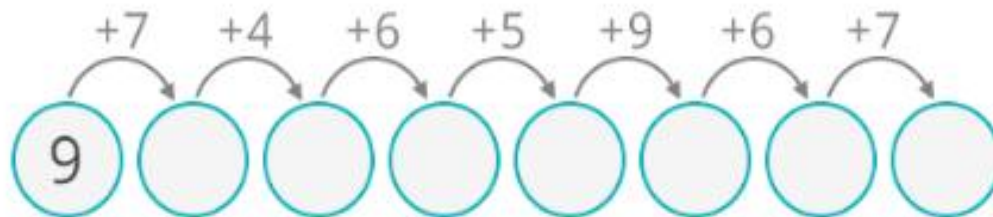
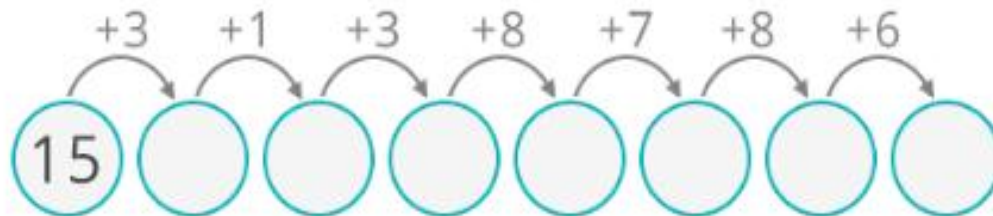
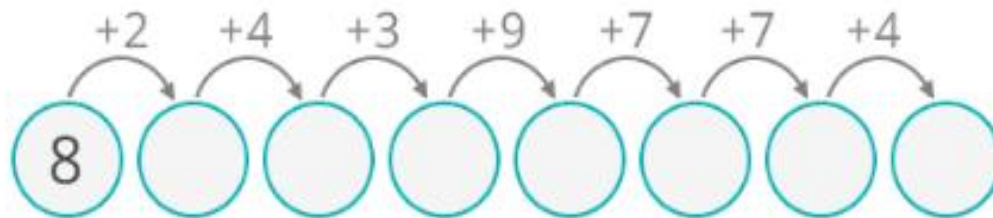
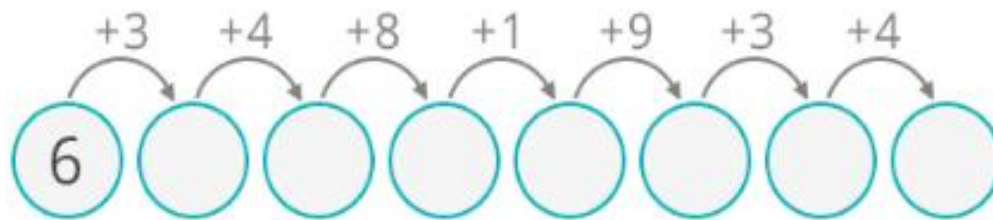
## ANEXO N° 26 EJERCICIO DE CÁLCULO

Mi nombre: .....

Fecha: ..... Hora: .....

*e*cognitiva

Sumas en serie:



Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva "Volver a empezar" L. Tárraga y M. Boada (eds.)



## Ejercicio de cálculo

**1-** Escriba el resultado de las siguientes tablas de multiplicar:

2 x 1 =	
2 x 2 =	
2 x 3 =	
2 x 4 =	
2 x 5 =	
2 x 6 =	
2 x 7 =	
2 x 8 =	
2 x 9 =	
2 x 10 =	

3 x 1 =	
3 x 2 =	
3 x 3 =	
3 x 4 =	
3 x 5 =	
3 x 6 =	
3 x 7 =	
3 x 8 =	
3 x 9 =	
3 x 10 =	

4 x 1 =	
4 x 2 =	
4 x 3 =	
4 x 4 =	
4 x 5 =	
4 x 6 =	
4 x 7 =	
4 x 8 =	
4 x 9 =	
4 x 10 =	

5 x 1 =	
5 x 2 =	
5 x 3 =	
5 x 4 =	
5 x 5 =	
5 x 6 =	
5 x 7 =	
5 x 8 =	
5 x 9 =	
5 x 10 =	

**2-** Resuelva los siguientes problemas. Escriba las operaciones y los resultados.

- A. Usted va a la compra con 50 euros, compra pescado por valor de 22 euros, fruta por 5 euros, verduras por 10 euros y una caja de bollos por 6 euros ¿cuánto le queda?

.....

- B. Si una persona gasta 210 euros en pintar una habitación y su casa tiene 5 habitaciones ¿cuánto gastará?

.....

Las respuestas al ejercicio n° 2 son:

- A. 7 euros  
B. 1.050 euros

## ANEXO N° 28 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

EVALUACIÓN DE LOS TALLERES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA POR LOS PARTICIPANTES					
<p>Su opinión es muy importante y sumamente útil para seguir organizando y mejorando el taller de estimulación cognitiva.</p> <p>Sírvase dedicar unos minutos a responder a las preguntas que figuran a continuación.</p>					
N°	Preguntas	Excelente	Bueno	Regular	Malo
1	¿Cree usted que el taller fomentó las relaciones sociales entre sus miembros?				
2	¿Considera usted que el material del taller fue pertinente e informativo para la realización de su trabajo de estimulación cognitiva?				
3	¿Qué opinión le merece la distribución del tiempo en cada una de las sesiones?				
4	¿Cree usted que el taller de estimulación cognitiva, favoreció a una buena experiencia de aprendizaje?				
5	¿Cree usted que el taller cumplió con las expectativas planteadas por usted?				
¡Gracias por su tiempo!					

Elaboración propia

## ANEXO N° 29 ACTA DE ORIGINALIDAD



### ACTA DE ORIGINALIDAD

Yo, Mg. Fernando Joel Rosario Quiroz, asesor y revisor del trabajo académico titulado "PERFIL COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE UN PROGRAMA SOCIAL DE LA IGLESIA BÍBLICA EMMANUEL EN EL DISTRITO DE SAN ISIDRO - 2018." Elaborado por HUAMÁN RETAMOZO, Susana Milagros, indico que este trabajo ha sido revisado con la herramienta Turnitin la cual evalúa el riesgo de plagio y he constatado lo siguiente:

El citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 12 %, en el reporte de originalidad del programa Turnitin, grado de coincidencia considerado como mínimo.

Por lo tanto se concluye que el trabajo es considerado como adecuado para el ámbito académico y no constituye plagio, además ha respetado la autoría de los postulados teóricos los cuales han sido referenciados utilizando las normas APA, cumpliendo con todas las normas de similitud establecidos por la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Lima, 28 de mayo de 2018

Mg. Fernando Joel Rosario Quiroz  
DNI N° 32990613

## ANEXO N° 30 TURNITIN

Feedback Studio - Google Chrome  
Seguro | https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&o=967952036&u=1056849451&u=3

feedback studio Susana Huamán TRAB. SUFIC. PROF. HUAMÁN RETAMOZO SUSANA UIGV (REV).docx /0 1 de 24

Trabajo de Suficiencia Profesional

Perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia  
Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Susana Milagros Huamán Retamozo

Asesor:

Página: 1 de 108 Número de palabras: 21379 Text-only Report High Resolution Activado

**Resumen de coincidencias**

**12 %**

Se están viendo fuentes estándar

[Ver fuentes en inglés \(Beta\)](#)

**Coincidencias**

1	eprints.ucm.es	2 %
Fuente de Internet		
2	alicia.concytec.gob.pe	1 %
Fuente de Internet		
3	www.scielo.org.co	1 %
Fuente de Internet		
4	repositorio.umb.edu.pe	1 %
Fuente de Internet		
5	www.geriatría.salud.go...	1 %
Fuente de Internet		
6	Entregado a Universida...	1 %
Trabajo del estudiante		
7	Entregado a Universida...	1 %
Trabajo del estudiante		
8	www.redalyc.org	1 %
Fuente de Internet		

Windows Taskbar: 01:04 a.m., 20/05/2018



# Plagiarism Checker X Originality Report

**Similarity Found: 21%**

Date: jueves, agosto 02, 2018

Statistics: 5686 words Plagiarized / 26831 Total words

Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective Improvement.

-----  
---  
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL / Trabajo de Suficiencia Profesional Perfil cognitivo en adultos mayores de un programa social de la Iglesia Bíblica Emmanuel en el distrito de San Isidro - 2018 Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología  
Presentado por: Autor: Bachiller Susana Milagros Huamán Retamozo Asesor: Mg.

Fernando Joel Rosario Quiroz Lima-Perú 2018 Dedicatoria A mis abuelitos, los ángeles que me cuidaron como su más preciado tesoro, a mis padres mi eterna gratitud, a mi esposo por su aliento y apoyo incondicional, a mis hijos, por los momentos que dejé de estar con ellos para lograr mis objetivos personales. Agradecimiento A Dios, por su infinito amor y permitir culminar cada uno de mis sueños.

A todos aquéllos que han contribuido en mi formación profesional, a los docentes, asesores de la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso

de la Vega. A todas aquellas personas que gentilmente me apoyaron en este estudio. A los adultos mayores que con su ternura y sus enseñanzas, me han permitido aprender de sus vidas.

PRESENTACIÓN Señores miembros del jurado: En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según Directiva N° 003- FPS y TS-2016 Expongo ante ustedes mi investigación titulado "Perfil cognitivo de los adultos mayores de un Programa